

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

O Exercício Físico na Gestão da Doença
Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Ricardo Filipe Pinto Fernandes

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

O Exercício Físico na Gestão da Doença
Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Ricardo Filipe Pinto Fernandes

Orientadora: Prof^a Doutora Maria Fátima Mendes Marques

Lisboa

2018



Um percurso do coração à razão

DEDICATÓRIA

À Lúcia

Aos meus pais e irmãos

À minha restante família

AGRADECIMENTOS

À Lúcia pela força permanente, e ser o meu porto seguro, nas horas de maior tormenta.

Aos orientadores clínicos que comigo partilharam a sua experiência profissional e ajudaram-me neste meu percurso.

À Professora Doutora Maria Fátima Mendes Marques pela amizade e disponibilidade.

LISTA DE SIGLAS

6MWT – Teste de Marcha de 6 minutos
AACVPR – American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSM – American College of Sports Medicine
AF – Atividade Física
ARN – Association of Rehabilitation Nurses
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividades de Vida Diária
CF – Capacidade Funcional
CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
DGS – Direção Geral de Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EC – Ensino Clínico
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECG – Traçado eletrocardiográfico
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EF – Exercício Físico
ER – Enfermagem de Reabilitação
FRCV – Fatores de risco cardiovascular
LCADL – London Chest Activity of Daily Living
LMELT – Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho
MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
MET – Equivalente Metabólico
OCDE – Observatório para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RC – Reabilitação Cardíaca
RCEEEER – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação
RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPQCEER – Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados
em enfermagem de reabilitação

SEC – Sociedade Europeia de Cardiologia

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

$VO_{2\text{ máx}}$ – Consumo máximo de oxigénio

RESUMO

Nos países industrializados, as doenças cardíacas representam uma das principais causas de mortalidade, morbilidade e incapacidade. Se a mortalidade cardiovascular tem vindo a diminuir ao longo dos anos, devido ao desenvolvimento de respostas terapêuticas mais eficazes, conseqüentemente ocorre um aumento da prevalência de doença cardíaca, que condiciona uma diminuição da sua qualidade de vida da pessoa e constitui-se como um importante impacto económico para os sistemas de saúde.

Os programas de reabilitação cardíaca (RC) nas suas diferentes fases, permitem ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), ter uma intervenção privilegiada no acompanhamento e cuidado à pessoa com doença cardíaca, desde a fase aguda da doença ao período de manutenção e gestão do binómio saúde/doença, contribuindo para a promoção da autonomia e autocuidado da pessoa e sua família, na adaptação à nova condição de saúde e no aumento da sua qualidade de vida.

O exercício físico (EF), sendo um elemento que reforça o controlo dos fatores de risco cardiovascular, deve ser considerado um recurso a mobilizar pelo EEER na gestão da doença cardíaca, nos diferentes níveis de prevenção.

O presente relatório pretende evidenciar, de forma reflexiva, o percurso realizado ao longo de um ensino clínico (EC), que teve como objetivo o desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEER, tendo a prática dos cuidados de enfermagem sido norteadada pelo modelo teórico de Dorothea Orem.

O EC decorreu ao nível hospitalar, num serviço de cardiologia de um hospital central e ao nível da comunidade, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), num total de 500 horas, repartidas igualmente pelos dois contextos.

Palavras-chave: Doença Cardíaca, Enfermagem de Reabilitação, Reabilitação Cardíaca, Exercício Físico

ABSTRACT

In industrialized countries, cardiac diseases represent one of main causes of mortality, morbidity and disability. If cardiovascular mortality has been declining over the years, due to the development of more effective therapeutic responses, consequently occurs an increase in prevalence of heart disease, which conditions a decrease of person's quality of life and it is constituted as an important economic impact for health systems.

Cardiac rehabilitation programs in their different phases, allow the Rehabilitation Specialist Nurse, a privileged intervention in monitoring and care to people with cardiac disease, since disease's acute phase to the maintenance and binomial management of health/disease, contributing to promotion of autonomy and self-care of person and his family, in adaptation to his new health condition and increase of quality of life.

Physical exercise being an element which reinforces the control of cardiovascular risk factors, must be considered an asset mobilized by Rehabilitation Specialist Nurse in cardiac disease management, on different levels of prevention.

This report aims to highlight, in a reflexively way, the path carried out during a clinical teaching, which aimed to develop Rehabilitation Specialist Nurse general and specific skills, by having a nursing care practice guided by Dorothea Orem's theoretical model.

The clinical teaching ran at the hospital level, in cardiology service of a central hospital and at the community level, in an Integrated Continuing Care Team, in a total of 500 hours, equally distributed across the two contexts.

Keywords: Cardiac Disease, Rehabilitation Nurse, Cardiac Rehabilitation, Physical Exercise

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
1.1 Enfermagem de Reabilitação Cardíaca, Exercício Físico e Capacidade funcional	18
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	24
2.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	24
2.1.1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	25
2.1.2. Desempenha um papel dinamizador na melhoria da qualidade e, cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico	27
2.1.3. Desenvolve competências na gestão de cuidados	30
2.1.4. Desenvolve competências no domínio das aprendizagens profissionais	31
2.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação	33
2.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	34
2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	46
2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, através de um programa de treino cardiorespiratório	51

3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS	59
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E TRABALHO FUTURO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Documento orientador para a elaboração
do processo de ER**

**APÊNDICE II – Reflexão sobre aprendizagens
decorrentes das atividades de formação**

APÊNDICE III – Processo de Enfermagem de Reabilitação

ANEXOS

ANEXO I – Estratificação do risco cardiovascular em RC

**ANEXO II – Distribuição geográfica dos centros de RC em
Portugal**

**ANEXO III – Escala London Chest Activity of Daily Living
(LCADL)**

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, inserido no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a elaboração deste relatório com a finalidade de descrever o percurso desenvolvido ao longo de 500 horas de EC, de modo a demonstrar competências para adquirir o Título Profissional de EEER e, visando a discussão pública para obtenção do Grau Académico de Mestre.

O relatório desenvolvido tem como título: **“O Exercício Físico na Gestão da Doença Cardíaca: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação”**.

O Observatório para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere que as doenças cardiovasculares¹ são a principal causa de morte, somando cerca de 36% destas na União Europeia em 2010 (Direção Geral da Saúde – DGS, 2017a). No nosso país, “as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e, são também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos” (DGS, 2017a, pág.15).

Assim, a escolha da temática da doença cardíaca, fundamentou-se na sua prevalência em países industrializados – Portugal incluído –, originando um grande impacto individual/familiar com implicações sociais que sobrecarregam os serviços de saúde e o país, mas simultaneamente também pelo meu interesse pessoal por esta população e o desafio complexo de cuidar desta, mobilizando recursos como o EF e a sua supervisão, que na prática clínica do enfermeiro, gradualmente, tem vindo a ser menos mobilizada.

No programa nacional da DGS para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares (2012) a estratégia de prevenção das doenças cérebro-cardiovasculares deverá basear-se em “dois elementos fundamentais: por um lado, a adoção de estilos de

¹ O conceito de doença cardiovascular reúne um conjunto de patologias relacionadas com o coração e os vasos sanguíneos, sendo categorizadas pela OMS (2011) em: doenças cardíacas isquémicas; doenças cerebrovasculares; doenças da artéria aorta e outras artérias; doenças cardíacas congénitas; doenças cardíacas reumáticas, cardiomiopatias e arritmias cardíacas.

vida saudáveis, (...) incorporando componentes como o Exercício Físico (EF) (...), por outro a correção dos denominados fatores de risco modificáveis, como são a hipertensão arterial, a dislipidemia ou a diabetes” (DGS, 2012, pág.2).

Sendo uma preocupação nacional, esta problemática atualmente está inserida nos Programas de Saúde Prioritários da DGS, de onde se destaca simultaneamente com programa próprio, e como relevante para este trabalho, a promoção da atividade física (AF) (Despacho nº6401, 2016).

Ostentando o EEER, competências no âmbito da promoção da saúde, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) – Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (RPQCEER) – este pode ter uma intervenção crucial na gestão da doença cardíaca, visto que esta é condicionada pela abolição ou não dos fatores de risco supracitados. (Regulamento nº 350, 2015).

Perante a complexidade e a abrangência da doença cardíaca, a conceção de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação a esta população ainda se tornou mais aliciante, com a meta de “promover a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER, e da qualidade dos cuidados prestados” (Regulamento nº 350, 2015, p.16656). Nestes o EEER pode desenvolver intervenções cruciais no processo terapêutico da pessoa com doença cardíaca, permitindo-lhe capacitá-lo, maximizar a sua funcionalidade, prevenir complicações, desenvolver o seu potencial e melhorar a sua qualidade de vida (Regulamento nº 125, 2011). Ter a possibilidade de intervir num espectro alargado que compreende desde o início de um evento cardíaco à gestão da doença numa fase avançada de reabilitação, tornou-se um desafio aliciante mas simultaneamente de grande responsabilidade, com necessidade de desenvolver as competências supracitadas.

Os planos de ER tiveram como linha orientadora os programas de RC² instituídos em Portugal. Os quais são considerados pelo Ministério da Saúde (2009) elemento fundamental para a promoção da saúde e diminuição de riscos de uma nova doença cardiovascular, ou recidiva de uma pré-existente.

Estes programas são constituídos por três fases:

² “consiste na soma das atividades necessárias para influenciar favoravelmente a causa subjacente à doença, assim como assegurar na medida do possível as condições física, mental e social, de forma a que as pessoas possam, pelo seu próprio meio, preservar ou recuperar um lugar na vida da comunidade” (OMS, 1993, p.5).

- Fase 1 – intra-hospitalar – iniciado no internamento o mais precocemente possível até à alta;
- Fase 2 – extra-hospitalar (ambulatório) – após a alta e geralmente realizado nos primeiros 3-6 meses após o evento podendo se estender até 1 ano;
- Fase 3 – extra-hospitalar a longo prazo – após 1 ano do evento cardíaco (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo Carrageta (2015) os programas de RC têm reduzido a mortalidade cardiovascular sendo que os seus benefícios associam os “efeitos positivos do treino físico na biologia da parede vascular, nos fatores de risco cardiovascular e no processo aterosclerótico” (p.24), ao decréscimo das readmissões hospitalares, a melhoria da capacidade funcional, levando à melhoria qualidade de vida das pessoas.

Ainda como benefícios da RC estão descritos a diminuição da mortalidade em 20-25%, a melhoria da tolerância ao esforço, de sintomas, dos níveis lipídicos, do bem-estar psicossocial e redução do stress, a redução ou cessação de hábitos tabágicos, a diminuição do número de enfartes agudos do miocárdio (EAM) recorrentes e da necessidade de procedimentos de revascularização, o atraso na progressão da doença aterosclerótica e, conseqüentemente, benefícios económicos para o sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2009).

Por outro lado, os principais obstáculos à adesão aos programas de RC são: a desigualdade geográfica pois os centros continuam concentrados nas grandes áreas metropolitanas e no litoral, as limitações financeiras; inexistência de suporte legal para que possam faltar ao trabalho, levando a uma falta de motivação; e, por fim, o insuficiente reconhecimento médico dos benefícios da RC, que conseqüentemente não realizam a referenciação³ (Rocha et al, 2015).

Os programas de RC incluem treino de EF e orientação em relação ao mesmo; orientação nutricional; tratamento da diabetes, hipertensão e dislipidemia; consultas de cessação tabágica; controlo do peso; e, tratamento psicossocial e conseqüentemente devem incluir equipas multidisciplinares (Ministério da Saúde, 2009).

³ Em 2014 existiam 22 centros de RC (12 públicos e 10 privados). A referenciação era reduzida, apenas 10% dos doentes após EAM estavam inseridos nestes programas, representando ainda assim, um aumento de 300% comparado com o ano de 2009 (Rocha et al, 2015).

O EF para além de ser visto como um elemento, *per si*, benéfico na gestão da doença cardíaca, é adicionalmente, capaz de potenciar a redução dos fatores de risco associados. Magalhães et al (2013) atribuíram ao programa de RC instituído, no estudo de 12 meses que realizaram, a redução dos fatores de risco de doenças cardiovasculares⁴.

Evidenciada a pertinência do EF nesta população e, tendo em consideração as áreas de investigação prioritárias⁵ em ER, para 2015-2025, definidas pela mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2015), demonstrar a relevância do EF na gestão da doença cardíaca tornou-se o foco principal de atuação ao longo deste percurso.

O EF e AF são fundamentais na prevenção primária, secundária e terciária da maioria das doenças crónicas e/ou degenerativas mais prevalentes, nomeadamente das causas e consequências da aterosclerose (Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, 2008). A intervenção do EEER pode, e deve, iniciar-se ainda antes do aparecimento de doença cardíaca, num contexto de prevenção primária. No entanto, a RC e os seus programas constituem-se como planos de prevenção a longo prazo, após o seu surgimento, desenvolvidas ao longo das suas 3 fases.

Devendo a RC estar presente no momento do aparecimento súbito de um evento cardíaco até a sua gestão em contexto domiciliário, numa perspetiva de prevenção secundária e terciária, proporciona uma área de intervenção do EEER na RC que consiste na educação da pessoa e família; na promoção do autocuidado; na avaliação de sinais e sintomas de doenças crónicas; no proporcionar suporte emocional; na promoção do retorno às atividades comuns; na adequada comunicação entre a pessoa e equipa de saúde; na prescrição de exercícios e supervisão dos mesmos; no auxílio nas situações de emergência cardíaca; e, na visita domiciliária (Figueiredo, Stipp & Leite, 2009).

A DGS nas orientações para a implementação do plano nacional de saúde 2012 – 2016, ao definir como um dos eixos estratégicos, a capacitação dos cidadãos⁶, reforça a crucialidade da enfermagem de reabilitação neste âmbito (DGS, 2013). Sublinha-se assim a pertinência da atuação do EEER na gestão da doença

⁴ Obesidade, perímetro abdominal, hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, tabagismo e sedentarismo.

⁵ Intervenções autónomas do EEER na função cardíaca e estilos de vida saudáveis (ergonomia e EF).

⁶ “visando a promoção da literacia, capacitação, empowerment e participação, (...) o desenvolvimento de competências, e o envolvimento e participação na decisão individual, institucional e política, criando condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde” (DGS, 2013, p,14).

cardíaca. Este ao promover o máximo potencial de saúde da pessoa com doença cardíaca, permite-lhes que maximizem as suas capacidades funcionais, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (Regulamento, nº350, 2015), o que representa, conseqüentemente, um aumento de adesão a comportamentos de autocuidado⁷ (Orem, 2001).

Desta forma, foi seguido como linha orientadora a Teoria geral de Dorothea Orem para o autocuidado. Esta assenta em três constructos teóricos interrelacionados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Na teoria do autocuidado, o objetivo é a manutenção da vida, de funções físicas e psíquicas vitais (Orem, 2001). A pessoa adquire comportamentos de autocuidado com a experiência, a educação, o crescimento e desenvolvimento, a cultura e o conhecimento científico. Na teoria do défice de autocuidado: a pessoa pode estar total ou parcialmente incapaz de conhecer ou se envolver na prestação de cuidados, e assim, garantir o seu funcionamento e desenvolvimento, revelando o motivo de procura pelos enfermeiros (Orem, 2001). Na teoria de sistemas de enfermagem, a autora descreve os requisitos de autocuidado terapêutico e as ações ou sistemas envolvidos no autocuidado dentro do seu contexto pessoal (Orem, 2001). Esta pressupõe que os enfermeiros experientes prestam cuidados intencionais às pessoas cujas necessidades de cuidados excedem sua capacidade de fornecer esses cuidados a si próprios.

Para Orem (2001) todo o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimento e experiência adquirida ao longo da vida, sendo denominado de agente de autocuidado. Deste modo a pessoa toma parte do decurso de ação ou tem o poder para tomar parte no decurso de uma ação. Este foi o conceito adotado para pessoa ao longo deste percurso. A ação de enfermagem e a ação do autocuidado diferem quanto ao seu objeto de ação: a primeira é dirigida ao bem-estar do outro e a segunda ao bem-estar do próprio (Petronilho, 2012). Assim, o referencial teórico de Orem (2001) orienta os cuidados de enfermagem

⁷ Os comportamentos de autocuidado remetem para a prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pelos próprios indivíduos. Estas devem ser realizadas nos prazos adequados, pelos próprios e no interesse da manutenção da vida, de um funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (Petronilho, 2012).

para a promoção das capacidades individuais da pessoa promovendo a sua autonomia pessoal e o *empowerment*.

Adequar a sua intervenção, é uma sequência de ações que o enfermeiro desenvolve e, que irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas. Orem, identificou 5 métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa: executar, substituindo-a na incapacidade; orientar e encaminhar; apoiar física e/ou psicologicamente; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Orem, 2001; Queirós, Vidinha & Filho, 2014). O EEER aqui releva-se, como detentor de saberes que lhe permite avaliar as capacidades de autocuidado e implementar intervenções com recurso aos métodos de ajuda explicitados (Orem, 2001).

A intervenção do enfermeiro é ser facilitador, capacitando a pessoa seguir o caminho e a direção que este traçou, oferecendo o seu suporte pessoal e perícia prática. É necessário flexibilidade, reciprocidade, transparência, negociação e uma presença empática (McCormark & McCance, 2006). Este aspeto é de grande importância, pois faz a transferência de um modelo paternalista, para um outro, partilhado onde a autonomia do cliente é valorizada e respeitada (Hain & Sandy, 2013). Ainda para estas autoras, a tomada de decisão partilhada alia necessidades preferências e valores do cliente, preservando o seu sentido de autonomia aumentando a adesão ao processo terapêutico traçado.

De acordo com o explanado, com os objetivos propostos pela OE e pelo VII Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o objetivo geral do percurso desenvolvido ao longo do EC foi desenvolver competências gerais e específicas do EEER, que permitam à pessoa com doença cardíaca ser capaz de melhorar a sua saúde e gerir a sua doença.

Com a finalidade de estabelecer linhas orientadoras para a concretização deste objetivo foi construído um projeto, contendo objetivos específicos, englobando os diferentes domínios de competências comuns e específicas do EEER, e as atividades a desenvolver para atingir os objetivos, e os critérios de avaliação.

Assim, nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista foram definidos como objetivos específicos: Conhecer a organização e dinâmica dos serviços de realização do EC e o modo como se articulam com outros serviços de

saúde e; Compreender a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço, sua prática, articulação com a restante equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade nos locais de realização do EC.

Por sua vez, para desenvolver as competências específicas do EEER, foram definidos como objetivos específicos: Identificar as necessidades específicas de intervenção de enfermagem de reabilitação (ER) à pessoa com doença cardíaca, em internamento e na comunidade, considerando a sua complexidade e singularidade; Planear cuidados de ER integrados no plano global de cuidados, à pessoa com doença cardíaca, considerando todos os recursos existentes e; Prestar cuidados de ER integrados no plano global de cuidados à pessoa com doença cardíaca.

O projeto foi inicialmente desenvolvido em contexto hospitalar num internamento de cardiologia de um hospital central de Lisboa e posteriormente numa ECCI inserida num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos, tendo início na presente introdução, que inclui a apresentação e justificação do tema desenvolvido. Segue-se o enquadramento conceptual onde se aprofundam os conceitos de enfermagem de RC, EF e capacidade funcional (CF), e se tenta evidenciar o conhecimento mais recente sobre o EF e a sua utilização em programas de reabilitação. A terceira parte aborda a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico, divididas respetivamente por competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER. Posteriormente a avaliação das aprendizagens desenvolvidas que engloba a identificação dos obstáculos deste percurso e, quais os ganhos obtidos ao longo do mesmo e, por fim as considerações finais onde se encontram evidenciados os principais contributos deste relatório para a ER e, quais as perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 Enfermagem de Reabilitação Cardíaca, Exercício Físico e Capacidade Funcional

A reabilitação é considerada uma especialidade multidisciplinar, que “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento Nº 125/2011, p. 8658) e, tem como principais objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa” (Regulamento Nº 125/2011, p. 8658) de modo a preservar a auto-estima.

Por outro lado, a enfermagem de RC considerada uma especialidade interdisciplinar ainda em desenvolvimento, tem por objetivo responder “às necessidades de uma população envelhecida e ao aumento da consciência dos benefícios dos programas de cuidados cardíacos para pessoas de todas as idades” (Brewer, Boleware & Boss, 2011, p.715).

Para Kayser, Cossette, e Alderson (2013) é prioritário criar conhecimento em enfermagem que melhore e desenvolva intervenções que potenciem a mudança positiva de comportamentos de saúde, promova o autocuidado na gestão de doenças crónicas e por conseguinte diminua a mortalidade prematura. Nesta disciplina, o estudo do EF e a utilização da sua componente mais prática na prática de cuidados é reduzida.

No seguimento desta constatação e linha de pensamento, pretendo no decurso do meu desenvolvimento enquanto EEER, contribuir para a inovação e desenvolvimento da disciplina, com ênfase na área da enfermagem de RC.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) ao definir AF como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia faz a sua distinção de EF, sendo o EF uma subcategoria da AF. O EF é planeado, estruturado, repetitivo e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico.

O EF provoca manifestações em diferentes sistemas corporais, como o cardiovascular, respiratório, endócrino e neurológico, sendo responsável pela

diminuição do risco de desenvolvimento e/ou agravamento de várias doenças crónicas, e prevenção de eventos cardíacos (Pescatello, Arena, Riebe, & Thompson, 2013). Estas alterações centrais e periféricas que ocorrem com o EF podem ser agudas – no decorrer do EF – ou crónicas como consequência do treino repetido.

Pescatello et al (2013), através das diretrizes da *American College of Sports Medicine* (ACSM) descrevem alguns dos efeitos benéficos do EF como:

- melhoria da função cardiovascular e respiratória;
- redução dos fatores de risco cardiovascular e os associados à doença arterial coronária;
- diminuição da mortalidade e morbilidade associada a doença arterial coronária, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes mellitus tipo II, fraturas patológicas, cancro do cólon e da mama;
- diminuição dos níveis de ansiedade e depressão;
- sensação de bem-estar;
- aumento da CF em doentes idosos;
- melhoria da performance laboral, recreativa e desempenho desportivo.

A CF é definida como a máxima capacidade de o sistema cardiovascular distribuir oxigénio pelos músculos em exercício, e destes extraírem o oxigénio do sangue (Fletcher et al, 2013). Desta forma, o consumo máximo de oxigénio ($VO_{2\text{ máx}}$) é usado para classificar a condição cardiorespiratória da pessoa, avaliando o máximo de oxigénio que pode ser captado, transportado e consumido pelo metabolismo celular, durante o EF (Sencovici, 2013). Esta distingue-se do conceito de funcionalidade que é entendido como a capacidade para realizar eficazmente as tarefas do dia-a-dia, desde as mais básicas até às mais complexas, numa perspetiva de obter o mais elevado nível de autonomia possível (Camara et al, 2008).

A CF também ser expressa em equivalentes metabólicos (MET), sendo 1 MET igual ao consumo de oxigénio (3.5ml/kg/min) médio em repouso. Assim, 5 MET correspondem a um gasto energético 5 vezes superior ao de repouso. Esta determinação é possível através da prova de esforço cardio-respiratório.

Os custos humanos, materiais e financeiros e consequente difícil acessibilidade na realização desta prova, dificultam a classificação da CF da pessoa. Desta forma, procuraram-se métodos indiretos de se determinar a CF, com menores recursos mas

igualmente fidedignos e seguros. O teste de marcha de 6 minutos (6MWT) é reconhecido como método fidedigno para indiretamente, determinar-se a CF. O 6MWT pode ser usado para a estratificação de risco de cardiovascular e como preditor de internamento por causa cardiovascular e morte cardiovascular (Wegrzynowska-Teodorczyk et al, 2013).

A importância da determinação dos limiares aeróbios e anaeróbios das pessoas de quem cuidamos permite individualizar os exercícios quanto à sua natureza, intensidade e duração aos mesmos, reduzindo aqueles que são os efeitos adversos do EF, como o risco de morte súbita provocada pelo cansaço associado ao EF vigoroso (Pescatello et al, 2013). Adicionalmente, existe o risco de lesão osteoarticular e muscular associada à realização de EF, quando não são cumpridos os critérios de segurança preconizados, ao nível do aquecimento, intensidade e correta execução.

Enquanto enfermeiro, a segurança da pessoa é algo que deverá estar sempre presente aquando da prestação de cuidados sendo simultaneamente uma das competências gerais que o enfermeiro especialista deve desenvolver no seu percurso formativo (Regulamento nº 122, 2011). Estratificar o risco clínico que cada pessoa apresenta antes de cada sessão de EF é importante, para que este seja utilizado de forma terapêutico, reduzindo ao máximo, o risco a ele associado.

Da pesquisa realizada, foram encontrados trabalhos de investigação desenvolvidos por EEER no âmbito do EF, nomeadamente no desenvolvimento de programas de EF dirigidos à pessoa doente renal crónica hemodialisado e de programas de EF dirigido à pessoa com doença cardíaca, em especial na insuficiência cardíaca.

A pessoa doente renal crónica hemodialisada apresenta limitações físicas e funcionais decorrentes da diminuição da filtração glomerular do rim e do tratamento de substituição renal, sendo que a própria hemodiálise potencia o sedentarismo (Novo, Martins & Videira, 2017).

A força muscular é determinante na condição física, na capacidade de realização de atividades de vida diária (AVD) e na independência funcional em pessoas idosas ou pessoas com compromisso da saúde física (Ferreira et al, 2012). Também a CF na pessoa hemodialisada se encontra reduzida quando comparada com indivíduos saudáveis e características semelhantes (Johansen et al, 2000).

Neste sentido, foram desenvolvidos ao longo dos últimos 20 anos, programas de maximização da funcionalidade através de exercícios aeróbios, de força, ou combinados, intra ou fora sessão de hemodiálise. Em Portugal foram publicados 5 estudos, entre 2009 e 2015. Também no nosso país, os programas de EF instituídos foram variados, como descritos anteriormente.

Atualmente, a investigação ainda não permitiu obter o plano ideal para esta população, no entanto com os programas de EF instituídos nos diferentes estudos, realizados em Portugal por EEER, permitiu determinar ganhos em saúde nesta população como: melhoria da CF, da condição física, da qualidade de vida e do bem-estar e o aumento da vitalidade, energia e felicidade. (Novo & Paz, 2009; Domingues, Preto & Novo, 2012; Sousa, Anes & Novo, 2012; Videira, Saraiva & Gonçalves, 2014; Martins, Morais & Novo, 2015).

Relativamente à pessoa com doença cardíaca, os programas de RC atuais têm sempre presente a componente do EF integrado. A um programa regular de EF associa-se um aumento consistente na CF e na tolerância ao esforço, em indivíduos saudáveis, e nos que apresentam doença cardiovascular. Para Lavie, Thomas, Squires, Allison e Milani (2009) a participação nestes programas, com sessões bi ou trissemanais de treino aeróbio⁸ a uma intensidade de 50-70% da frequência cardíaca máxima obtida na prova de esforço (inferior ao limite aeróbio) demonstrou ser seguro e capaz de melhorar a força e a qualidade de vida das pessoas.

A presença de fatores de risco cardiovascular, como a obesidade, a diabetes mellitus e o tabagismo, reduz a CF da pessoa. No entanto, a sua adesão e cumprimento do programa de RC, permite verificar um aumento da CF, e simultaneamente verifica-se uma melhoria no controlo dos fatores risco enunciados. (Branco, 2014). No mesmo estudo, identifica uma melhor evolução na população que inicialmente apresentava menor índices de AF, em relação à população que foi identificada como mais ativas. Apesar de todos terem beneficiado do programa, os mais sedentários tendo como ponto de partida uma CF inferior, apresentam maior potencial de evolução, facto que vai ao encontro da restante literatura. A importância de não descurar fatores psicológicos e sócio-culturais na formulação dos programas de RC que possam influenciar o cumprimento dos mesmos (Branco, 2014).

⁸ EF a um ritmo confortável capaz de ser mantido durante um longo período, em que o organismo é capaz de utilizar o oxigénio atmosférico como combustível primordial, eliminando o ácido láctico acumulado em determinados grupos musculares (Sencovici, 2013).

Apesar dos diferentes componentes que os programas de RC possam apresentar, uma premissa é comum a todos eles: o início da fase do programa de RC é realizado na ausência de sintomatologia cardíaca e na presença de estabilidade hemodinâmica (Pescatello et al, 2013).

No entanto, Delgado (2014) procurou no seu estudo investigar se a realização de EF estruturado e supervisionado na fase aguda de descompensação da insuficiência cardíaca, permite melhorar a CF e o desempenho nas AVD da pessoa.

Como avaliação inicial⁹ e final ao programa de EF, foi realizado um teste de marcha de 10 minutos, onde a pessoa geria a sua capacidade física, podendo realizar períodos de descanso e percorria o máximo de distância possível. Aqui foi adaptado o 6MWT (teste de referência) devido a este preconizar os 6 minutos de marcha sem interrupção.

O 6MWT demonstra confiança, validade e capacidade significativa para prever a CF em doentes com insuficiência cardíaca, se a distância percorrida for igual ou inferior ao intervalo entre 300 e 490 metros (Pollentier et al., 2010).

Dos resultados do programa de EF instituído destaca-se o aumento da distância percorrida em metros, a redução no valor da escala de London Chest Activity of Daily Living (LCADL)¹⁰, o que indica melhor desempenho nas AVD, diminuição do valor de Borg após o EF, indicativo de maior tolerância e resistência para o EF com o decorrer do programa. Estes aspetos podem ser indicativos da melhoria da condição física da pessoa e por inerência da sua CF (Delgado, 2014).

Apesar dos resultados positivos e prometedores, a inexistência de linhas orientadoras para criação e implementação de programas de RC para a fase aguda da doença crónica, constitui uma limitação deste estudo, pois os elementos que o constituíram, são adaptados de programas existente com resultados conhecidos mas dirigidos a fases não agudas da doença cardíaca.

Desta forma, torna-se importante uma maior pesquisa e realização de estudos no âmbito da RC, assim como verificar e consolidar a pertinência e segurança da introdução do EF, na fase aguda da doença cardíaca, como estratégia positiva e

⁹ O início foi considerado quando a pessoa sentia ter capacidade para a realização do EF, e não no início do internamento (que seriam as condições ideais).

¹⁰ A escala London Chest Activity of Daily Living (LCADL) avalia a perceção de esforço exigido à pessoa na realização das suas atividades de autocuidado diária.

capaz de ser um recurso a mobilizar na melhoria da qualidade de vida e gestão da sua doença para milhares de pessoas.

Uma intervenção cada vez mais precoce tem mostrado ser decisivo na promoção da autonomia, na promoção da funcionalidade e na promoção de estilos de vida saudáveis, que são determinantes na independência de realização de AVD (Novo, Martins & Videira, 2017).

Pelo enquadramento legal das suas competências específicas (Regulamento nº 125, 2011), o EEER constitui-se numa mais-valia para a pessoa com doença cardíaca, melhorando a oferta dos cuidados de saúde e os ganhos obtidos, como resultado da sua intervenção.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este capítulo apresenta uma análise crítica e fundamentada, das atividades desenvolvidas ao longo do EC.

De modo a facilitar a sua organização e, apesar da realização de algumas atividades tenham possibilitado o desenvolvimento de múltiplas competências, e a operacionalização de objetivos propostos no projeto de formação, este capítulo encontra-se dividido segundo as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, definidas pela OE nos seus regulamentos.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ao enfermeiro especialista é exigido “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (Regulamento nº122, 2011, 8649).

Assim, no decurso deste subcapítulo são descritas atividades e intervenções com o propósito de validar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, no âmbito da ER, demonstrando que foi alcançada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, aptidão para a investigação (Regulamento nº 122, 2011). Este encontra-se dividido em quatro setores, que correspondem aos quatro domínios das competências comuns, referidos no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

- **Desenvolve uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação** corresponde ao Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
- **Desempenha um papel dinamizador na melhoria da qualidade e, cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico** reflete o Domínio da melhoria da qualidade

- **Desenvolve a capacidade de gestão de cuidados** representa o Domínio da gestão dos cuidados
- **Desenvolve competências no domínio das aprendizagens profissionais** evidencia o Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122, 2011).

2.1.1. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A existência de um código deontológico e de mecanismos de regulação jurídica e suporte das suas práticas como o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o estatuto da OE, sustenta e baliza a enfermagem e os seus profissionais, permitindo a sua prática independente, diferenciada e individualizada decorrente das diferentes situações.

Face a isto, ao EEER é exigido que na prestação de cuidados de ER, siga os princípios de uma tomada de decisão baseada na evidência, realize uma global e correta avaliação inicial, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa e, as respetivas intervenções necessárias (OE, 2012).

Neste processo, foi promovido o direito à escolha da pessoa e sua autodeterminação, respeitando os seus valores, evidenciando o desenvolvimento da sua autonomia.

O conceito de autonomia passa pelo assumir a responsabilidade inerente às decisões tomadas, sendo reconhecida como a capacidade de decisão relativamente ao próprio e à sua vida (Martins, 2010). Também Hoeman (2011) aponta que os EEER devem reconhecer que as pessoas de quem cuidam “têm liberdade quanto aos seus corpos e ações” e “disponibilizar educação sobre o bem-estar e a promoção da saúde” (p. 34), ressaltando que a adesão aos programas não pode ser imposta. A intervenção do EEER é ser facilitador, capacitando a pessoa a seguir o caminho e a direção que este traçou, oferecendo o seu suporte pessoal e perícia prática, sendo necessária flexibilidade, reciprocidade, transparência, negociação e uma presença empática (McCormark & McCance, 2006).

A adesão ao processo terapêutico proposto é maior quando a tomada de decisão é partilhada, a qual alia necessidades, preferências e valores da pessoa, preservando o seu sentido de autonomia (Hain & Sandy, 2013).

Conhecidas as vantagens da tomada de decisão partilhada, nos dois contextos de EC, foram identificados os défices de autocuidado e os objetivos do plano de reabilitação durante as reuniões da equipa multidisciplinar e de enfermagem, sendo posteriormente apresentados à pessoa e família, para que pudessem expressar a sua opinião sobre os mesmos, dando o seu consentimento, e referir eventuais défices não identificados.

Neste âmbito, a intervenção do EEER, passou pelo domínio da situação de saúde da pessoa, assumindo a sua experiência e liderança da equipa de enfermagem na sua área, sugerir intervenções adequadas à situação sempre suportada pelo melhor conhecimento científico.

A execução dos diferentes cuidados foi antecederada, sempre, do respetivo consentimento informado¹¹ da pessoa, com uma preocupação contínua quanto ao respeito pela liberdade, autonomia e dignidade (OE, 2015).

Com o objetivo de promover a continuidade de cuidados, como preconizado no livro *Deontologia Profissional em Enfermagem*, foram realizados registos de ER individualizados, em instrumentos próprios da instituição, em suporte de papel, mas também em suporte digital, na plataforma de informação de saúde Sclínico®. Na ECCI, para além do registo diário das intervenções, era realizada mensalmente, na plataforma da rede nacional cuidados continuados integrados (RNCCI), uma atualização do estado de saúde da pessoa e a sua evolução, assim, como a atualização do plano de reabilitação sempre que necessário.

Abreu, Almeida, Costa, Santos e Sousa (2011) reforçam que os registos de enfermagem, pela informação que contém são de grande importância, permitindo a transmissão das observações, decisões, intervenções e resultados esperados das ações de enfermagem.

¹¹ “o consentimento informado decorre do respeito, promoção e protecção da autonomia da pessoa, Está assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal” (OE, 2015, p.227).

Ao longo do EC, foi promovida a proteção e mantida a confidencialidade dos registos de enfermagem de reabilitação, cumprindo assim o dever de sigilo, enunciado no código deontológico do enfermeiro (Lei nº111, 2009).

2.1.2. Desempenha um papel dinamizador na melhoria da qualidade e, cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico

O ambiente é constituído pelos elementos externos com os quais a pessoa está em constante interação com o propósito de manter as suas funções dentro da normalidade, desempenhando as suas ações de autocuidado (Orem, 2001).

Este ambiente é considerado terapêutico quando obedece aos seguintes objetivos: suporte clínico na prestação de cuidados ao corpo físico; proporciona suporte às necessidades psicossociais e espirituais da pessoa, família e profissionais de saúde; e é capaz de efeitos positivos mensuráveis sobre os resultados clínicos da pessoa e da equipa de saúde (Mion, 2009).

Para promover um ambiente terapêutico aos cuidados de enfermagem, foi necessário nos dois contextos do EC conhecer a dinâmica organizacional e mobilizar, os recursos humanos e materiais existentes.

Em ambos os locais, o EEER atua em articulação com os seus pares, sendo que no âmbito das suas competências, desenvolve a sua intervenção de forma autónoma, e a sua atuação obedecia a um tempo próprio. Como exemplo disso, no momento do almoço de uma pessoa com disfagia, foi aproveitado o momento para ensinar a pessoa/família da importância do posicionamento, da consistência dos alimentos e de algumas técnicas compensatórias. Isto era realizado e registado na presença do enfermeiro do serviço para que este possa assegurar a continuidade destes cuidados quando o EEER não está presente. (Regulamento Nº125, 2011). Esta particularidade foi percebida pelas pessoas que identificavam um objetivo distinto na intervenção do EEER da restante equipa de enfermagem. Os orientadores no EC, foram cruciais neste processo, tendo atuado como facilitadores da integração e reconhecimento da intervenção distinta do EEER.

Na prestação de cuidados de saúde, um dos elementos fundamentais da sua qualidade é a segurança (Despacho nº1400-A, 2015). Assim, tornou-se imperioso a promoção de um ambiente de cuidados seguro, reduzindo os incidentes que podem

ter repercussão humana, física e emocional nos profissionais e, na díade pessoa-família e, que consequentemente aumentam os custos em saúde (Despacho nº1400-A, 2015).

Foi alcançado um ambiente de cuidados seguro através do ensino, treino e supervisão da correta utilização de produtos de apoio, minimizando os riscos do meio envolvente, como: água no chão, calçado inadequado, produtos de apoio danificados, prevenção de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT)¹² através da correção postural, respeitando os princípios da mecânica corporal (equilíbrio, postura e alinhamento corporal) e ergonomia, durante as sessões de ER (Carinhas, 2013).

Além da prevenção de incidentes, ao ser promovido um ambiente seguro a adesão ao processo terapêutico foi visivelmente maior, o que comprovou o descrito no Regulamento nº122 (2011), que afirma que um ambiente seguro é uma “condição imprescindível para a efectividade terapêutica” (p.8651).

Outra das competências reconhecidas ao EEER é ser uma referência, na educação dos pares e das pessoas de quem cuida (Regulamento nº122, 2011), objetivando-se assim como uma referência para o exercício profissional de ER e, iniciando um sistema de melhoria contínua da qualidade nesta área como preconizado no RPQCEER (Regulamento nº350, 2015). Ao longo do EC foi promovida formação formal e informal sobre: posicionamentos, transferências, promoção da independência do autocuidado, técnicas de prevenção de lesões músculo-esqueléticas, técnicas de adaptação à tolerância ao esforço, avaliação da disfagia e respetivas técnicas compensatórias.

De acordo com as carências identificadas, tive a necessidade de pesquisar sobre as temáticas específicas, com o propósito de ter a informação mais recente e adequada para cada pessoa e situação. O estímulo de dar resposta a necessidades sentidas, e saber como tentar obtê-la no conhecimento científico atual, a solução para os mesmos, foi das aprendizagens mais significativas para mim. O desenvolvimento desta dimensão permite a possibilidade de ir ao encontro de superar todas as dificuldades sentidas ou manifestadas pela pessoa/família.

¹² Lesões que resultam da “exposição aos fatores de risco da atividade, designadamente ao nível postural, de repetitividade, aplicação de força e de exposição a vibrações” (Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C. & Sousa-Uva, A., 2012, p. 194).

A importância do EEER é muitas vezes esbatida pela discrepância entre os cuidados realizados e registados. No EC em meio hospitalar os registos efetuados eram realizados numa plataforma eletrónica, que apesar de utilizada na maioria das instituições de saúde em Portugal, os fenómenos e focos de atenção parametrizados, são da responsabilidade de cada instituição. Desta forma, os focos de atenção e respetivos diagnósticos de ER de serviço para serviço, têm bastantes diferenças e possibilidade de se poder registar a mesma intervenção de diferentes formas.

Facto que pode ser considerado uma vantagem, visto que os profissionais utilizam e mobilizam os conceitos que se encontram enraizados na sua prática clínica facilitando o registo, mas por outro lado não permite uma uniformização a nível nacional, levando por vezes à realização de notas individuais em texto livre, o que impossibilita a extração de dados, a monitorização de ganhos em saúde e elaboração indicadores sensíveis aos cuidados de ER (Regulamento nº350, 2015).

Com o objetivo de promover a uniformização dos registos de ER permitindo a obtenção de dados da eficiência e eficácia das intervenções e, contribuir para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER e, dos cuidados prestados (Regulamento nº350, 2015) e, indo de encontro às pretensões do EEER orientador e, do serviço, foi realizado um documento orientador para a elaboração do processo de ER (Apêndice I).

Este documento utiliza as intervenções já parametrizadas no serviço, complementando-as com as sugeridas no padrão documental da OE (MCEER, 2015). O propósito do referido documento foi criar um suporte físico de fácil acesso, onde fique evidente e explícito as intervenções realizadas pelo EEER, e o modo da sua informatização, eliminando as notas em texto livre. Pessoalmente, a criação deste documento permitiu inteirar-me da posição da OE relativamente à intervenções sugeridas, e identificar a diferença existente para o serviço em questão. Acrescento ainda, que a realização deste exercício é possível realizar em qualquer contexto, podendo por exemplo, levar à criação de um documento semelhante no meu contexto profissional.

2.1.3. Desenvolve competências na gestão de cuidados

A *Association of Rehabilitation Nurses* (ARN, 2015) defende que o EEER na sua componente de gestão dos cuidados deve ser capaz de contribuir para: a melhoria dos cuidados de ER e das instituições que os prestam; a gestão dos recursos humanos e materiais existentes necessários para manter a qualidade dos cuidados de ER prestados e; a resposta à exigência social esperada por parte do EEER.

Quanto mais desenvolvida a competência do EEER neste âmbito, maiores podem ser os ganhos em saúde, ao nível da pessoa cuidada (aumentando a sua satisfação e funcionalidade), da equipa (diminuindo as taxas de rotatividade e melhorando a prestação de cuidados), e da instituição (cumprindo orçamentos) (Gender, 2011).

Ganhos que foram evidentes ao longo do EC ao nível da equipa, visto que, a reabilitação, é uma disciplina que abrange várias áreas profissionais¹³, e o EEER teve uma intervenção crucial na articulação da equipa multidisciplinar, na gestão de recursos humanos e, na criação de um ambiente positivo, aumentando a sua eficiência.

Ao longo do EC, foi possível desenvolver esta competência, de valorização dos diferentes elementos da equipa e trabalhando em torno de um objetivo comum. Na ECCI, aquando do agravamento da situação de saúde da pessoa, foi frequente a articulação com o médico assistente da pessoa, para a necessidade de uma visita domiciliária à mesma, com o propósito de uma reavaliação. Sendo o EEER, o profissional de saúde mais próximo da pessoa e família, cabe-lhe realizar a análise da situação e tomar a decisão correta, tendo presente a sua esfera de atuação e reconhecer as limitações da sua intervenção, procurando colaboração com o profissional de saúde adequado.

Desta forma, no contexto de internamento, foi fundamental a articulação com a técnica de serviço social, reportando a existência de situações que beneficiariam da intervenção desta, como dar a conhecer os recursos da comunidade existentes,

¹³ Os profissionais que compõem a equipa diferem na preparação formativa, expectativas e responsabilidades profissionais, sendo capazes de oferecer uma perspetiva única e experiência distintas que quando empregue de forma colaborativa, possibilita a otimização de resultados (ARN, 2007).

ou as diferentes valências da RNCCI, que eventualmente se pudesse realizar a referência, caso pessoa e família acordassem não ter capacidade de realizar os cuidados necessários em casa.

Para otimizar a comunicação e cooperação entre os diferentes grupos profissionais, gerindo os recursos às situações e ao contexto, visando a qualidade dos cuidados, procurou-se perceber pormenores da atividade profissional de cada um. Como exemplo, reconheceu-se as competências da técnica de cardiopneumologia com formação avançada em EF, que coordena as sessões da fase II da RC (a primeira das fases a existir no hospital), e assim, poder embeber alguns conhecimentos, que poderão ser mobilizados na minha prática de cuidados de enfermagem. Nestas sessões, pude aprender variações de exercícios de alongamento que pude adaptar no internamento, assim como a gestão dos elementos que compõem a sessão, desde o aquecimento até ao relaxamento/retorno à calma, segundo as indicações da ACSM (Pescatello et al, 2013).

Reconhecer e compreender os “distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa” (Regulamento nº122, 2011, p. 8652) permitiu-me delegar tarefas em segurança, garantindo a qualidade na sua execução.

2.1.4. Desenvolve competências no domínio das aprendizagens profissionais

A pessoa de quem cuidamos está inserida no seu seio familiar, que normalmente será um suporte – físico, emocional, financeiro,... – visto que se encontra fragilizada, por vezes com aumento da dependência, devido à situação de doença. Desta forma, no decorrer do EC foram desenvolvidas competências com o objetivo de evitar conflitos no seio familiar, pois o papel de cuidador “pode ser um factor de stresse crónico (...) e pode experimentar tristeza crónica” (Pryor, 2011, p. 486). Neste sentido, foi capacitado o prestador de cuidados e/ou família dotando-a de recursos, tornando-os mais aptos e resilientes na gestão da doença do seu familiar. A perda da independência, temporária ou permanentemente, pode ser um fator de stresse e de instabilidade da dinâmica familiar mas não implica a perda da autonomia. Neste sentido, todas as propostas de intervenção foram partilhadas com a pessoa e sua família, mas a decisão final (apesar de nem sempre consensual a

nível familiar), foi sempre da pessoa cuidada, reduzindo-lhe o stresse e, a probabilidade de conflitos inerentes aos cuidados de saúde.

Para que o EEER possa gerar respostas de elevada adaptabilidade não se pode dissociar da sua pessoa e personalidade, mas também do seu percurso e experiência profissional. Para Benner (2001), experiência é um processo ativo na formação de teorias e ideias ligadas à realidade.

A tomada de decisão de realizar este curso de especialização em enfermagem de reabilitação prendeu-se com a procura de mais conhecimento, desta vez especializado, que possibilitasse uma prestação melhor e diferenciada. De facto, a componente teórica do curso, nomeadamente as unidades curriculares de Enfermagem Avançada e Supervisão Clínica proporcionaram-me o contacto com conteúdos, por vezes desconhecidos, que me levou a refletir, utilizando o ciclo de Gibbs, que a prática de enfermagem que conhecia, podia e devia ser melhor e mais fundamentada.

A procura do conhecimento enquanto suporte para uma prática de cuidados de enfermagem de reabilitação baseada na evidência é fundamental (Regulamento nº122, 2011; Regulamento nº125, 2015). Deste modo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em diferentes fontes como as unidades curriculares do curso, bases de dados eletrónicas, artigos e livros científicos na área da enfermagem de RC.

Toda essa informação e aprendizagens foram sendo assimiladas ao longo deste caminho contribuindo para uma base de conhecimento, que fundamentou os processos de tomada de decisão ao longo do EC.

A necessidade de atualização motivou à participação: no Simpósio O coração no desporto da Fundação Portuguesa de Cardiologia¹⁴; nas Primeiras Jornadas dos EEER do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) – da formação à prática –¹⁵; no Congresso Internacional de ER 2016¹⁶ e II Seminário Internacional de

¹⁴ No qual foram apresentadas as seguintes mesas redondas: Dilemas cardiovasculares no desporto, Particularidades do coração de atleta, A inatividade física em crianças e adolescentes: Um problema de saúde pública, Insuficiência cardíaca: Recomendações da sociedade europeia de cardiologia 2016, Benefícios cardiovasculares do exercício e Casos clínicos em cardiologia do desporto.

¹⁵ Na qual foram apresentados projetos implementados por EEER nos diferentes serviços do CHLO, tais como: Contributo do EEER no doente crítico, Aplicação da Escala de Guss, Intervenção do EEER na recuperação do doente submetido a cirurgia cardíaca – a perspetiva do doente, Reabilitação da pessoa com Traumatismo Vertebral Medular, Reabilitação Motora no doente com AVC e, Reabilitação do doente amputado.

¹⁶ Ao longo do qual foram apresentadas comunicações livres nacionais e brasileiras que divulgavam projetos na área da reabilitação implementados em diferentes serviços, foi discutido o impacto económico das doenças crónicas, a ER na comunidade, a ER na RNCCI, a deficiência física na realidade brasileira, entre outros temas.

Atualidades em ER, no qual foi frequentado o Workshop de aplicação de bandas neuromusculares e, no III Congresso Internacional de ER da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra 2018¹⁷. A presença nestes eventos permitiu contactar com diferentes realidades e trabalhos realizados desenvolvidos por EEER na área da cardiologia e do EF, mas também noutras áreas, o que permite alargar horizontes. A partilha do conhecimento entre pares pode permitir despertar aspetos que possam ser mobilizados de um contexto para o outro (Apêndice II). As bandas neuromusculares que habitualmente tem um carácter de suporte propriocetivo, quando aplicadas na tensão correta permitem, por exemplo, a facilitação da drenagem linfática e redução de edemas.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A ER é considerada uma área de intervenção especializada que engloba “um corpo de conhecimento e procedimentos específicos” (Regulamento nº350, 2015, p.16656). Através destes, é exigido ao EEER que seja capaz de intervir em situações de doença aguda ou crónica, avaliando, implementando e monitorizando intervenções com o objetivo de maximizar o potencial, promover a saúde, prevenir complicações das pessoas de quem cuidam (Regulamento nº125, 2011).

No decorrer do EC, procurou-se o desenvolvimento destas competências através da mobilização de conhecimentos teóricos e teórico-práticos, da rentabilização das situações de aprendizagem, beneficiando da experiência profissional dos orientadores clínicos. Percurso que se encontra explanado neste subcapítulo.

Estruturalmente este subcapítulo encontra-se dividido em três secções com base nas competências específicas do EEER:

- **Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

¹⁷ No qual foram apresentadas as seguintes sessões plenárias: Intervenções e resultados do EEER nas pessoas em situação com doença obstrutiva e restritiva na criança e no adulto, Preparar para a autonomia no domicílio a pessoa com alterações respiratórias, A pessoa em situação crítica: respirar com a intervenção do EEER em contexto de cuidados intensivos e RC e reeducação ao esforço – Qual a intervenção do EEER?.

- **Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**
- **Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, através de um programa de treino cardio-respiratório.**

Cada secção pretende englobar as intervenções desenvolvidas para atingir em pleno todas as competências específicas do EEER descritas em Diário da República (Regulamento nº125, 2011).

De ressaltar que apesar desta apresentação, aparentemente estanque das competências, por vezes, devido à complexidade e globalidade das situações algumas intervenções, possam ser descritas numa competência distinta, com o objetivo de não quebrar o raciocínio e a sua continuidade, visto que, a impossibilidade de centrar algumas das atividades a apenas uma competência.

2.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

O início do cuidado em enfermagem passa sempre, por uma correta avaliação inicial. Passar esta fase ou realizá-la de forma superficial, leva a que as medidas e intervenções implementadas se desviem do objetivo realmente existente. A primeira fase desta avaliação foi sempre a entrevista, tal como nos foi ensinado na nossa formação inicial, nos fundamentos de enfermagem. Esta permite-nos obter informações de caráter biográfico, de história pregressa, atual e familiar e, da funcionalidade da pessoa (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013). É através dela que, à *posteriori*, com a perspetiva e abordagem do EEER se releva características e particularidades, percebendo as suas capacidades e potencial, em detrimento das suas dificuldades e défices.

Uma das primeiras e principais aprendizagens que realizei neste percurso, foi a necessidade de utilização de escalas de avaliação validadas para os parâmetros pretendidos, deixando de parte a avaliação subjetiva que a observação individual possibilita. O regulamento das competências específicas do EEER (RCEEEER) recomenda o uso contínuo de escalas de avaliação como ferramentas do seu

trabalho diário, pois estas permitem uma melhor compreensão dos factos relativos às pessoas que cuidamos (Regulamento nº125, 2011).

Deste modo, no sentido de realizar uma avaliação completa, sistemática e objetiva, possibilitando um planeamento de cuidados corretamente estruturados, foi seguido um guião de avaliação. Este engloba a avaliação de sinais vitais, saturação periférica de oxigénio, interpretação do traçado electrocardiográfico (ECG), auscultação pulmonar, inspeção¹⁸, palpação¹⁹ e percussão²⁰ torácica, exame neurológico, índice de Barthel e escala de Borg modificada (Apêndice III).

Os sinais vitais são cruciais para definir que pessoas se encontram, após um evento agudo, em condições para iniciar o programa de RC²¹, visto que entre as contraindicações está a angina instável, na qual está implícita a avaliação da dor. A avaliação da tensão arterial, também condiciona a integração no mesmo. Valores em repouso superiores a 200 mm Hg de tensão arterial sistólica e superiores a 110 mm Hg de tensão arterial diastólica, são os valores limite, que permitem à pessoa integrar o seu processo de RC (Rodrigues & Carvalho, 2013).

Sublinhando a importância da avaliação dos sinais vitais em RC, os autores supracitados, referem que na fase I do programa de RC, estes devem ser monitorizados de forma contínua, visto que os exercícios devem ser suspensos na presença de dor torácica, no aumento da frequência cardíaca em 20 batimentos por minuto ou a sua diminuição em 10 batimentos, referentes à frequência cardíaca em repouso avaliada anteriormente. Relativamente à tensão arterial os exercícios devem ser suspensos, se ocorrer a diminuição da mesma em 15 mm Hg ou ocorrer o aumento para 200 mm Hg de tensão arterial sistólica e superiores a 110 mm Hg de tensão arterial diastólica.

É também necessário uma atenção sobre a interpretação do traçado ECG pois perante arritmias ventriculares a pessoa está impossibilitada de iniciar o

¹⁸ Permite detetar alterações visíveis da respiração, postura e forma do tórax (Ferreira & Santos, 2017).

¹⁹ Permite avaliar a presença de áreas dolorosas, caraterizar as anomalias detetadas na inspeção (idem).

²⁰ Permite identificar alterações na parede torácica, espaço pleural e na periferia do pulmão, determina se os pulmões se encontram preenchidos com ar, líquidos ou material sólido (Menoita & Cordeiro, 2014; Ferreira & Santos, 2017).

²¹ Encontra-se definido pelo programa de RC, os exercícios permitidos para cada dia após o evento agudo e que se iniciam desde o primeiro dia, ainda na unidade de cuidados intensivos, após assegurada a estabilidade hemodinâmica. A implementação do programa de treino motor e cardio-respiratório será descrito e analisado, em pormenor, na terceira secção deste subcapítulo.

programa de RC. Por outro lado, a existência de arritmias durante o EF, este deve ser suspenso (Rodrigues & Carvalho, 2013).

Estas orientações foram sempre consideradas ao longo do ensino clínico, não se tendo verificado nas sessões do programa de RC, qualquer alteração de sinais vitais ou ECG, que impusesse à suspensão dos exercícios.

O exame neurológico não foi ignorado na avaliação da pessoa com doença cardíaca, apesar de este não se encontrar identificado na bibliografia consultada, como fundamental na sua avaliação. No entanto ter presente os elementos do exame neurológico é importante para a detecção precoce de complicações associadas à doença cardíaca, como o AVC consequente de fibrilhação auricular²² (Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC), 2016). Neste exame estão incluídos os seguintes parâmetros: estado mental, pares cranianos, motricidade, amplitude do movimento articular, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita, 2012).

A doença cardíaca pode influenciar a funcionalidade da pessoa, como acontece na insuficiência cardíaca, condicionando-a na sua satisfação das necessidades de autocuidado, devido à sua intolerância ao esforço (Brewer, Boleware & Boss, 2011). Assim, é imprescindível, o uso de um instrumento de avaliação funcional, tendo sido selecionado o Índice de Barthel²³ por avaliar o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas²⁴ de vida, ser um instrumento mundialmente usado em programas de reabilitação, recomendado pela MCEER (Kelly-Hayes & Phipps, 2011; MCEER, 2016), e ser usado em ambos os campos de estágio.

Este instrumento permitiu, ao longo do EC, sistematizar a funcionalidade da pessoa para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, permitindo a identificação de fatores facilitadores e inibidores para a sua realização de forma independente e, posterior conceção de diagnósticos de ER de acordo com os objetivos de cada pessoa e/ou família. No modelo teórico de Orem (2001), o enfermeiro após avaliar a pessoa, determina as suas necessidades de autocuidado,

²² Arritmia cardíaca mais frequente e associa-se de forma independente a um aumento de mortalidade e morbilidade, tais como insuficiência cardíaca, AVC (20%-30% dos AVC são devidos a fibrilhação auricular, hospitalizações frequentes e diminuição da qualidade de vida (SEC, 2016).

²³ Criado por Mahoney e Barthel em 1965, encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa (MCEER, 2016).

²⁴ "comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas" (Mahoney & Barthel, 1965).

e implementa as suas intervenções através dos referidos 5 métodos, de acordo com o correto sistema de enfermagem (total, parcialmente compensatório ou sistema apoio-educação).

O Índice de Barthel, na ECCI, além de aplicado na avaliação inicial era aplicado mensalmente, o que permite verificar a evolução funcional da pessoa e, consequentemente a necessidade de reformulação do plano de reabilitação.

No internamento, este instrumento é preenchido, no momento da referenciação para a RNCCI, se necessário. No entanto, durante o EC, integrando as vantagens da utilização deste instrumento supracitadas e, aliando o que nos diz Kelly-Hayes e Phipps (2011) que a avaliação funcional pode ser tão importante “para a documentação da situação de saúde como o conhecimento das categorias das doenças” (p.177), realizei a avaliação da funcionalidade da pessoa no primeiro contacto e, no momento da alta.

O EF é um dos pilares deste trabalho, sendo sempre prescrito de forma individualizada, tendo em consideração os objetivos de cada pessoa, a sua história clínica, o seu potencial, seguindo as orientações do programa de RC.

Para determinar os limites seguros para cada sessão, decidi utilizar uma escala que avaliasse em tempo real o grau de esforço percebido. Assim, com esta finalidade foi apresentada em cada avaliação inicial a escala de Borg modificada²⁵ – avaliação da perceção subjetiva ao esforço, com objetivo da pessoa quantificar o seu grau de esforço percebido durante o EF, para que este fosse executado em segurança. Segundo Muela, Bassan e Serra (2011), a sensação subjetiva de esforço durante o programa de RC, deve manter-se entre 4 e 6 pontos, nesta escala. Os autores acrescentam que a prescrição da intensidade do EF deve ser diretamente influenciada pela frequência cardíaca (60%-80% da reserva cardíaca) e da pontuação da escala de Borg modificada.

Ainda no âmbito da avaliação da pessoa destaco duas componentes que além de relevantes na abordagem do EEER como corroboram Cordeiro e Menoita (2014), exigiram estudo e treino continuado pela sua novidade na minha prática clínica: a auscultação pulmonar e a interpretação da telerradiografia de tórax.

²⁵ Criada por G. Borg em 1982, é uma escala “onde a intensidade da sensação de esforço é graduada por números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade do mesmo, que vai desde 0 “muito muito leve” até 10 “muito muito forte”” (MCEER, 2016, p.46).

O treino da auscultação pulmonar²⁶ foi um dos grandes desafios do EC, mas que foi superado com sucesso e permitiu-me distinguir os diferentes ruídos adventícios (crepitações, sibilos, roncos ou atrito pleural) (Ferreira & Santos, 2017). Esta sendo realizada no início e no final de cada sessão de reeducação funcional respiratória²⁷ (RFR), permite realizar a avaliação inicial, assim como avaliar o resultado da nossa intervenção. Em paralelo, a interpretação da telerradiografia de tórax consiste numa ferramenta importante no esclarecimento de alguns sinais e sintomas possibilitando o planeamento, a realização e a avaliação de intervenções no âmbito da RFR (Menoita & Cordeiro, 2014).

A auscultação pulmonar correta permite identificar alterações que poderão ser diagnosticadas através da telerradiografia, como o derrame pleural. Pelo processo inverso, não sendo o preferencial mas possível no contexto de aprendizagem, a identificação de alterações através da interpretação da telerradiografia, permite previamente estar desperto para alterações no murmúrio vesicular na região identificada.

Um dos incentivos e gratificação da intervenção do EEER, consiste na melhoria clínica e sintomatológica da pessoa que cuidamos através das sessões de RFR. Um aspeto que considero importante, apesar de ter sido fortuito, foi ter realizado primeiramente o EC em contexto hospitalar e posteriormente na comunidade. A insegurança sentida inicialmente na auscultação pulmonar, pôde ser colmatada e complementada através da interpretação da telerradiografia. Isto possibilitou ter maior tempo de aprendizagem e maior segurança na realização desta atividade, pois na comunidade o acesso a meios complementares de diagnóstico não é imediato, e contarmos na visita domiciliária de enfermagem “apenas” com as nossas competências e capacidades.

Na componente do planeamento e implementação das intervenções, os contextos do EC foram particularmente distintos. No internamento, o tempo médio do mesmo é de 5-6 dias, enquanto na ECCL a permanência destas é prolongada no tempo, permitindo uma abordagem e intervenção em que a condicionante temporal, não seja limitativa.

²⁶ Permite identificar os sons pulmonares, ao nível das grandes vias aéreas (Ferreira & Santos, 2017).

²⁷ “definida como a terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na sua intervenção (...) vai atuar principalmente nos fenómenos mecânicos da respiração, ou seja, na ventilação externa e através dela melhorar a ventilação alveolar, utilizando vários exercícios respiratórios” (Cordeiro & Menoita, 2014, p.61).

No serviço de cardiologia era frequente o internamento de pessoas para realizarem cirurgia cardíaca²⁸, a grande maioria das vezes para cirurgia valvular e/ou cirurgia de revascularização do miocárdio²⁹. Face a isto, existiu no período que antecede a cirurgia, uma excelente oportunidade de intervenção do EEER, que capacita a pessoa na gestão da recuperação cirúrgica, a curto e médio/longo prazo.

Importante para reduzir a ansiedade e promover ao programa de RC foi realizado ensino sobre a doença, sobre a cirurgia desmistificando crença e fornecendo estratégias de *coping* (Brewer, Boleware & Boss, 2011).

O treino e a utilização de técnicas, nomeadamente a RFR, diminuem a probabilidade de complicações pulmonares no pós-operatório como: hipoxémia, defeitos posturais, atelectasias, derrame pleural e pneumonia (Isaías, Sousa & Dias, 2014).

O EEER deverá fazer uma avaliação cuidada identificando e reduzindo o risco de complicações no pós-operatório (Silva, Baglio, Gazzana, & Barreto, 2009), planeando um programa pré-operatório individualizado e adequado à pessoa, que inclua ensino à pessoa e familiares, e preparação física e psicológica para a cirurgia (Phipps et al, 2003). A principal dificuldade encontrada neste aspeto prendeu-se com a postura passiva da pessoa. Pese embora, apresentarem recetividade às sugestões do EEER, estas não questionavam as mesmas, referindo que “os enfermeiros é que sabem”, deixando transparecer uma falta de vínculo ao processo terapêutico. Com demonstrações e informação clara, procurou-se um processo de educação promotor da independência da pessoa, desenvolvendo-se a sua capacidade de autocuidado, permitindo a autogestão da doença (Hoeman, 2011).

Os objetivos gerais da RFR consistem na prevenção e correção das alterações músculo-esquelética, redução da tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aérea, prevenção e correção dos defeitos ventilatórios, melhoria da performance dos músculos respiratórios e reeducação ao esforço, redução dos sintomas respiratórios, diminuição da incapacidade, facilitação do desempenho das atividades de vida diária e melhoria da qualidade de vida das pessoas (Heitor et al, 1988; Heitor, 1997). Especificamente a nível cirúrgico, a RFR

²⁸ Nas instituições é frequente o uso do termo de cirurgia cardiorácica, mas desde 2010 que as áreas de especialização cirurgia cardíaca e cirurgia torácica têm programas de formação distintos (República Portuguesa – Saúde, 2017).

²⁹ Consideradas as áreas principais de intervenção cirúrgica (República Portuguesa – Saúde, 2017).

tem como objetivos: a preparação da pessoa para a cirurgia; prevenção e tratamento de complicações pulmonares, circulatórias e posturais do pós-operatório; e obter uma recuperação funcional o mais rápido e completa possível (Heitor et al, 1988).

No período pré-operatório houve oportunidade para identificar medos e preocupações da pessoa, gerir a informação fornecida e reduzindo a ansiedade. Foi informada a pessoa sobre o ambiente ao seu redor e o modo como se encontraria no pós-operatório, nomeadamente: a ventilação mecânica; a localização das suturas, dos drenos e dos soros. Sempre que o serviço de cirurgia cardiotorácica permitia e a pessoa manifestava interesse era proporcionado a sua ida ao mesmo, com o objetivo de conhecer o local onde iria acordar com todos os dispositivos médicos ao seu redor. Curiosamente, apesar da ansiedade manifestada por todas as pessoas a aguardar cirurgia, apenas duas das quinze, demonstraram interesse em conhecer previamente o ambiente que o esperava. Com os restantes, foi realizado a descrição e imaginação do percurso que a pessoa iria realizar, assim como mostrados alguns dispositivos médicos na medida da curiosidade de cada pessoa.

Posteriormente era realizada a RFR, visto que o êxito desta está relacionado com o treino pré-operatória. Foi ensinado e treinado:

- a consciencialização, o controlo e a dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na respiração diafragmática (para melhorar a eficiência da ventilação, reduzindo o esforço inspiratório);
- a reeducação costal global para promover a expansão torácica, (sem bastão e com máximo de flexão da articulação escapulo-umeral a 90°, para evitar a instabilidade do esterno e dor);
- a tosse dirigida e assistida aplicação do ciclo ativo de técnicas respiratórias, com contenção da ferida cirúrgica (promove uma tosse eficaz, reduzindo a dor, garantindo a permeabilidade das vias aéreas);
- treino de músculos respiratórios para melhorar o seu desempenho, este foi realizado através de espirómetro de incentivo e do fortalecimento dos músculos acessórios;
- a mobilização na cama, nomeadamente ensinadas as posições de descanso e relaxamento, reduzindo a tensão psíquica e muscular;

- a mobilização ativa de todas as articulações para melhorar a circulação, prevenir a estase venosa e contribuir para a eficiência das trocas gasosas;
- a correção postural para evitar a tendência de flexão do tronco provocada pela dor;
- levante com contenção da sutura operatória³⁰ (Cordeiro & Menoita, 2014; Isaías, Sousa & Dias, 2014; Huang & Sakata, 2015; Malcato, 2017).

Apesar dos benefícios referidos da RFR na recuperação cirúrgica e na prevenção de complicações decorrentes desta, a literatura também apresenta estudos com resultados diferentes, quanto à sua eficácia quando iniciada no pré-operatório.

Yánez-Brage et al (2009), compararam a incidência de complicações respiratórias após cirurgia de revascularização do miocárdio em pessoas submetidas a intervenção de RFR pré e pós-operatória com um grupo de pessoas submetidas a RFR apenas no período pós-cirúrgico, tendo concluído que no primeiro grupo se verificaram cerca de metade das atelectasias pós-operatórias do que no grupo de controlo. Estas terapias consistiam no uso de treino muscular inspiratório, espirometria incentiva, educação de técnicas de ciclo ativo da respiração, exercícios de respiração profunda, e tosse assistida.

Seria pertinente a continuação da realização de estudos nesta área, demonstrando vantagens efetivas da preparação pré-operatória por EEER, pois pela minha experiência pessoal em EC, e apesar desta não se basear em evidência científica saliento como benéfico a melhor preparação, capacidade e resiliência, para gerir o a etapa pós-operatória e a realização das atividades que posteriormente lhes irão propor.

A RFR não se circunscreveu ao período pré-operatório mas também como intervenção em pessoas que se encontravam com comprometimento da mobilidade,

³⁰ A dor após esternotomia é uma complicação da cirurgia cardíaca. Esta pode contribuir para o aparecimento de eventos adversos como arritmia, isquémia do miocárdio, complicações pulmonares, aumento da taxa de delírio (Huang & Sakata, 2015). Perante isto, foi adaptada a técnica de levante de modo a promover a contenção da esternotomia diminuindo assim, a dor. Foi ensinada a pessoa a posicionar-se em decúbito lateral, apoiar o tronco com o cotovelo na cama e a conter a sutura com a mão do outro membro. A elevação do tronco é realizada com a força do membro superior, evitando a realização da manobra de Valsalva.

sendo uma das alterações respiratórias mais comuns nestas situações, a pneumonia (Carinhas, 2013).

Assim, através da auscultação pulmonar e suportado pela interpretação da telerradiografia torácica, foi proposto à pessoa um conjunto de exercícios e posicionamentos. No caso da pessoa com pneumonia com o objetivo da reexpansão pulmonar do lado afetado, a drenagem de secreções, promoção de tosse eficaz e a reeducação ao esforço através da respiração diafragmática, do ensino da tosse eficaz, da drenagem de secreções associando manobras acessórias à drenagem postural, e utilizando a espirometria de incentivo (Romão, Dias & Moreno, 2014).

Para atingir o título de EEER é crucial desenvolver igualmente competências para intervir noutros contextos da prática de cuidados (Regulamento nº125, 2011), tendo sido experienciadas outras situações que contribuíram para o desenvolvimento de conhecimento para além da função cardiorespiratória.

O AVC é considerado uma das principais causas de morte³¹ e incapacidade em Portugal. Devido à sua prevalência e corroborando com a literatura, foi na pessoa com AVC que tive oportunidade de desenvolver outras competências. Esta pessoa, com a intervenção do EEER, pode melhorar a sua funcionalidade, minimizando os défices, facilitando a sua integração familiar e social (DGS, 2011) e consequentemente melhorando a sua qualidade de vida (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2017).

No caso de um senhor que após AVC isquémico apresentava compromisso da mobilidade devido à hemiplegia³² direita flácida³³. Foram implementadas estratégias terapêuticas como:

- posicionamento em padrão anti-espástico, para facilitar a integração do esquema corporal e da lateralidade e prevenir a instalação do padrão espástico (Menoita, 2012);
- programas de mobilizações³⁴ para manter a amplitude articular dos movimentos, aumentar a força do hemicorpo direito e manter a dos

³¹ Em 2015 morreram devido a AVC 6432 pessoas (DGS, 2017a). Nas pessoas com doença cerebrovascular, ocorreu a perda de 9,8 anos de vida potenciais (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2017).

³² Força 0/5 na escala de Lower, em todos os segmentos deste hemicorpo.

³³ Na fase inicial das lesões dos neurónios superiores, observa-se uma paralisia flácida com tónus reduzido. Semanas depois pode instalar-se a espasticidade atingindo principalmente a musculatura flexora dos membros superiores e a extensora dos membros inferiores – atitude de Wernicke-Mann (Catharino, Guanaes, Orsini & Gonçalves, 2012).

segmentos não afetados, normalizar o tônus muscular, manter a função, manter a integridade das estruturas articulares, manter a flexibilidade, prevenir aderências, melhorar a circulação de retorno, manter a imagem psicossensorial e psicomotora (Hoeman et al, 2011; Menoita, 2012);

- automobilizações, facilitação cruzada com carga no cotovelo, ponte, o rolar, o sentar, a posição ortostática³⁵. Estas atividades terapêuticas, tiveram como objetivo inibir o padrão espástico, aumentar a força e massa muscular, estimular a sensibilidade, integrar o hemicorpo direito, aumentar o potencial e a funcionalidade e prevenir complicações (Menoita, 2012).

Nem sempre estas estratégias eram realizadas no mesmo turno devido à fadiga³⁶ que a pessoa apresentava. Esta provoca diminuição das funções motoras e das capacidades mentais e aumento de dificuldade no desempenho de tarefas (Kottke, 1994; Habel, 2000). Se a pessoa estiver fatigada não irá cumprir e realizar os exercícios propostos com precisão e consequentemente, a formação de engramas é colocada em causa (Kottke, 1994).

A sensação de fadiga pode agravar-se por uma nutrição desadequada (Habel, 2000). É, portanto, crucial avaliar a capacidade de ingerir alimentos sólidos ou líquidos de forma adequada (Campos & Sousa, 2015), com o objetivo de prevenir complicações e de evitar a fadiga, promovendo uma maior adesão ao plano de reabilitação.

As alterações na deglutição são denominadas por disfagia, a qual se encontra diretamente relacionada com o aumento da morbilidade e mortalidade e, associada a variadas complicações clínicas, como a desidratação, a desnutrição e a pneumonia de aspiração, que podem têm como consequência o aumento de dias de internamento e o aumento dos custos globais da saúde (Etges, Scheeren, Gomes & Barbosa, 2014; Braga, 2017a).

³⁴ As mobilizações foram realizadas em todos os segmentos corporais – passivas, ativas assistidas, ativas ou ativas-resistidas, de acordo com a situação avaliada – promovendo a facilitação da neuroplasticidade permitida pelo planeamento e execução de movimentos bilateralmente (Menoita, 2012). Durante as mobilizações passivas a pessoa foi incentivada a concentrar-se na realização de cada movimento facilitando o seu armazenamento na memória. Para Kottke (1994) a maneira de formar engramas motores é pela repetição voluntária do desempenho preciso, tornando-se necessário substituir a monitorização propriocetiva pela monitorização visual.

³⁵ O rolar, o sentar, o ficar na posição ortostática e a marcha, são atividades terapêuticas que se baseiam no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés sendo um dos seus objetivos reeducar o mecanismo de controlo postural (Menoita, 2012).

³⁶ “percepção subjectiva de sensações corporais” (Habel, 2000, p.563).

De modo a diminuir as complicações associadas à disfagia foi iniciada a avaliação da deglutição verificando o estado mental e funções cognitivas, controlo postural, eficácia da tosse, da capacidade de deglutição de saliva ou secreções, verificando o tempo que demora a iniciar a deglutição e a saturação periférica de oxigénio durante a mesma. Simultaneamente foram avaliados os pares cranianos (V, VII, IX, X, XI e XII pares) e as estruturas anatómicas (cavidade oral, faringe, laringe e esófago) envolvidas diretamente na deglutição. Dando continuidade a esta avaliação foram testadas as diferentes consistências³⁷, visto que a pessoa se encontrava consciente, sem alterações da função cognitiva e com reflexo de tosse mantido (Braga, 2017a).

Após esta avaliação, em EC foi comprovada numa pessoa com parésia facial central como consequência de um AVC, disfagia a líquidos.

Em conformidade com as alterações identificadas, com a finalidade de otimizar a deglutição prevenindo complicações, foram implementadas várias estratégias compensatórias num ambiente sem focos de distração, como: rotação cervical para o lado afetado (promove a adução das pregas das cordas vocais do mesmo lado) e flexão para o lado são (a gravidade mobiliza o bolo alimentar para o lado são, evitando as estruturas afetadas), incentivada a deglutição forçada (diminuindo os resíduos na valécula e na faringe), foram colocados alimentos do lado são da boca e alterada a dieta para a consistência de mel através da utilização de espessante, tendo a preocupação de não misturar alimentos de texturas diferentes e realizada ou incentivada higiene oral após as refeições (Braga, 2017b).

As medidas compensatórias têm sucesso, quando e enquanto são utilizadas, ocorrendo episódios de disfagia novamente, se estas forem abolidas ou descuradas (Braga, 2017b). Isto é um pormenor de grande importância que deve ser reforçado à pessoa e sua família, mas também à restante equipa de enfermagem. Em pessoas com este tipo de défice, a alimentação deve ser supervisionada por EEER que apresentam competência na área da reeducação da deglutição. De modo a promover a continuidade de cuidados foi realizado o ensino e treino aos cuidadores informais.

³⁷ Deve iniciar-se com a administração de água com uma colher metálica, progredindo na consistência, vigiando sinais de aspiração (tosse, regurgitação nasal, engasgamento, pigarrear após deglutir, alteração da qualidade da voz, entre outros) (Braga, 2017a).

Nesta pessoa com parésia facial central, para melhorar o controlo da deglutição foram realizados exercícios como: protrair, retrain e lateralizar os lábios, fazer o som de estalar, assobiar e beijar, e segurar uma palhinha entre os lábios e realizar sucção (Braga, 2017b).

Associada à “diminuição da qualidade de vida, afectando aspetos sociais, psicológicos, físicos ou sexuais” (Redol & Rocha, 2017, p. 190), a incontinência foi um diagnóstico prevalente ao longo do EC. Sendo que apenas foi enumerado como problema nas pessoas com diagnóstico agudo, como no caso de AVC recente³⁸, de um senhor que como sequela, apresenta bexiga e intestinos neurogénicos desinibidos.

Em concordância com a literatura foi desenvolvido um plano de reabilitação individualizado que permite à maioria das pessoas atingir a continência (Stevens, 2011). Desta forma, foram implementadas intervenções como: a promoção da privacidade; transferir para a cadeira sanitária, ou possibilitar o uso do urinol de duas em duas horas, para promover o esvaziamento vesical; realizar o reforço positivo nos episódios de continência; restrição da ingestão de líquidos após o lanche (Stevens, 2011, Redol & Rocha, 2017). Apesar de incentivado a continência, durante o período noturno foi colocado um dispositivo urinário externo, propiciando períodos de descanso mais longos, com a finalidade de possibilitar melhores desempenhos nas atividades propostas durante o dia.

Considerada por Gender (2011) uma condição humilhante e devastadora que pode levar ao isolamento social e a uma baixa autoestima, a incontinência intestinal também foi englobada nos programas de reabilitação. A sua gestão é uma competência do EEER e pode promover a continência (Gender, 2011; Regulamento nº125, 2011).

Com este objetivo foi realizado treino intestinal através da promoção da privacidade; da transferência para a cadeira sanitária, 30 minutos após as 3 refeições principais, tirando partido do reflexo gastrocólico. Foi ainda otimizada a

³⁸ Os tipos de incontinência urinária e fecal que afetam as pessoas com AVC, são: a bexiga neurogénica desinibida na qual a sensibilidade está mantida, ocorrendo contracções fortes e desinibidas quando a bexiga está cheia (Stevens, 2011); e, o intestino neurogénico desinibido em que ocorre uma diminuição do controlo voluntário da necessidade de defecar, mantendo-se intacta a sensibilidade intestinal, o reflexo bulbocavernoso e o reflexo anal se encontram mantidos ou aumentados, a eliminação involuntária ocorre quando o reflexo defecatório sacral é activado, é acompanhada de uma sensação de urgência e ocorre frequentemente proximamente com o reflexo gastrocólico (Gender, 2011).

dieta, para rica em fibras, devido ao risco de obstipação relacionado com a imobilidade (Carinhas, 2013) agravado pelo uso de espessante, que ao não ter sido eficaz foi necessário introduzir uma toma diária de laxante para regularizar o padrão intestinal (Gender, 2011; Redol & Rocha, 2017).

Apesar destas medidas introduzidas, ocorreram episódios de incontinência urinária e fecal. A gestão complexa destas situações necessita da colaboração de toda a equipa de enfermagem, e foi isso que se procurou com a intervenção do EEER, através da realização registos completos para uma melhor continuidade dos cuidados e o cumprimento do plano implementado.

Após reflexão, existiram algumas condicionantes que limitaram os resultados perspetivados, não exclusivas a estes contextos de cuidados: o pouco relevo atribuído pela equipa de enfermagem aos aspetos relacionados com a eliminação; e também a necessidade de mais e melhor formação nesta área específica para todos os elementos da equipa multidisciplinar.

2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

A senescência resultante da condição humana é inevitável. Com o envelhecimento humano, como processo caracterizado por uma mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social do indivíduo (DGS, 2006), surge o declínio funcional. Este pode não estar só relacionado com a evolução natural da doença, mas também com a falta de apoio social, fatores comportamentais, dieta, estilo de vida e a não adesão ao regime medicamentoso (Vieira, 2013).

Desta forma, experienciar a limitação da atividade e a restrição da participação e exercício da cidadania, não é exclusivo da pessoa idosa. A pessoa doente, portadora de deficiência física e/ou mental, também é afetada na sua funcionalidade, comprometendo as funções e estruturas do corpo, atividade e participação (Vale, 2009).

Na sociedade onde nos encontramos, existe uma mudança e evolução positivas para um acesso e participação igualitários da pessoa com deficiência, evidenciado, por exemplo, com a criação da Lei da acessibilidade (Decreto-Lei

nº163, 2006). Apesar de em termos de legislação, estar assim previsto, no quotidiano de quem é portador de uma deficiência ou incapacidade, constata-se a necessidade de percorrer um caminho ainda longo para usufruir desses mesmos direitos (Teles, 2006).

Sendo cada cidadão um elemento constituinte da comunidade onde se insere, esta é mais forte, diversa e plural, quanto mais exercerem o exercício pleno da sua cidadania. Isto vai ao encontro do que defende Hesbeen (2001) a ER, quando a apelida, de verdadeiro projeto social.

A dependência é um conceito muitas vezes confundido com a perda de autonomia, sendo importante distingui-los. A dependência está relacionada com as estruturas e funções do corpo, as atividades que a pessoa realiza e o contexto de interação (OMS, 2004), por sua vez a autonomia que diz respeito à capacidade decisória relativamente ao próprio e à sua vida, permitindo o favorecimento do bem-estar e participação social, sendo valorizada como direito e necessidade universal (Doyal & Gough, 1991; Boyle, 2008), propiciando diminuição dos níveis de dependência (Cabete, 2012) e adesão ao regime terapêutico implementado (Hain & Sandy, 2013).

A intervenção do EEER junto da pessoa e sua família deve ser clara, para que estas percebam a diferença entre dependência e perda de autonomia. O apoio da família influencia o grau da recuperação da funcionalidade e manutenção da autonomia, pois uma família que estimula o autocuidado e promove a autonomia beneficia a pessoa, comparativamente com uma família que a substitui (Barbosa, 2012). Também Orem (2001), no seu modelo teórico refere a importância da pessoa (e apenas esta) realizar os seus comportamentos de autocuidado, sob pena de verificar a incapacidade de continuar o seu desenvolvimento pessoal.

Assim durante o EC, procurou-se a capacitação da pessoa e família através do desenvolvimento e implementação de um programa de treino de atividades de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade, a maximização da autonomia e da qualidade de vida. E ainda foram implementadas intervenções de promoção da saúde, fundamentais para a gestão correta da doença crónica (Regulamento nº 125, 2011).

A gestão da doença cardíaca conduz necessariamente a alterações no estilo de vida da pessoa (Bolas, 2017). Melhorar o estado geral de saúde, evitar a

repetição de eventos, a progressão da doença e complicações exigem a adoção de regimes terapêuticos que incluem o controlo de fatores de risco e alteração de hábitos quotidianos, como a inclusão do EF³⁹ e da alimentação saudável⁴⁰ (Bolas, 2017; DGS, 2017a; OCDE, 2017).

No decorrer dos cuidados prestados, identificou-se que as pessoas internadas por evento cardíaco súbito, na sua grande maioria, eram capazes de identificar os comportamentos decorrentes do seu estilo de vida (inatividade física, alimentação incorreta⁴¹) que conduziram aos seus fatores de risco de doença cardiovascular, mas por motivos profissionais ou outros de índole pessoal/familiar, não existia a força interna para alterar comportamentos.

Desta forma, procurou-se a promoção de uma correta formação e informação, desmistificando crenças e capacitando cada pessoa para que possa assumir um controlo responsável sobre o seu processo de saúde e objetivos de vida enfatizando a autonomia e o *empowerment*. Após cada pessoa ter identificado os comportamentos que a levou à situação de saúde em que se encontra, foram ensinadas estratégias e recursos existentes, na tentativa de os corrigir.

A alteração do estilo de vida e comportamentos de autocuidado necessários para uma gestão saudável do seu processo de saúde/doença é um processo (Prochaska & Diclemente, 1982; Serrabulho et al, 2014) com etapas e duração próprias e que o tempo do internamento é obviamente insuficiente, não sendo no entanto, o único fator envolvido.

Neste sentido, para além da informação oral e escrita⁴² fornecida, era dado conhecimento de alguns recursos ao dispor da pessoa com a finalidade de melhorar a sua situação de saúde depois do evento súbito que levou ao internamento. Entre vários recursos, destaco a informação existente de um sítio na *internet* onde se encontra o Plano Nacional a Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2017b), que contém sugestões de receitas para uma alimentação saudável. Este contém informação atual, adequada sendo fácil a sua acessibilidade e compreensão. Concomitantemente, às pessoas que integravam a fase I da RC era proposto a

³⁹ Em Portugal, as taxas de inatividade física são das mais elevadas da União Europeia (OCDE, 2017).

⁴⁰ Em Portugal, um em cada seis é obeso (OCDE, 2017).

⁴¹ Um consumo alimentar adequado tem um impacto direto na prevenção e controlo de doenças cardiovasculares (DGS, 2017b).

⁴² Folhetos informativos do serviço de internamento referentes ao EAM, fatores de risco cardiovascular, estilos de vida saudáveis, prática de exercício físico em segurança, e fases da RC.

referenciação para uma consulta médica e de enfermagem de RC, para posteriormente, se for do seu interesse, o agendamento para as sessões da fase II de RC. Caso se adequasse, era realizado também a referenciação para a consulta de cessação tabágica. Todas as pessoas aceitaram ser referenciadas para os referidos recursos. No entanto, devido ao início das sessões de fase II da RC serem apenas iniciadas entre a 8ª e a 12ª semanas após a alta hospitalar, a instituição possui uma consulta de seguimento aos 30 dias pós-alta, realizada telefonicamente, permitindo verificar o cumprimento do plano terapêutico preconizado, até ao ingresso na fase II. Esta consulta tem como objetivo assegurar uma transição segura para casa, perceber a capacidade de tolerância ao esforço, não só durante o EF mas também na satisfação dos autocuidados, monitorizar a adesão à terapêutica medicamentosa, e validar a implementação de estratégias de mudança comportamental para controlo de fatores de risco a longo prazo (Irwin & Tecklin, 2003).

Transversalmente aos dois contextos do EC foi realizado treino de ações de autocuidado, com incidência nas atividades básicas de vida, avaliadas pelo índice de Barthel, com o objetivo de aumentar/manter a mobilidade e a funcionalidade da pessoa, maximizando o seu potencial e independência (Regulamento nº125, 2011). Este índice permitiu mensurar o nível de independência de cada pessoa. As intervenções foram ajustadas consoante os seus objetivos, as suas capacidades e limitações, adaptando assim o nível de exigência, não levando à desmotivação por não conseguir atingir os objetivos propostos. Foram repetidas as instruções e os procedimentos até a pessoa assimilar as indicações, sendo flexível às sugestões da pessoa ou família, por exemplo, as atividades treinadas foram sempre priorizadas por estes (Umphred, Byl, Lazaro & Roller, 2010).

Indo ao encontro dos objetivos da díade pessoa/família foram ensinadas e treinadas entre outras técnicas, a transferência, a marcha com e sem apoio, e a subida e descida de escadas.

O ensino e treino de transferências foi realizado adotando-se as técnicas de transferência por elevação⁴³ ou a técnica de transferência em *pivot*⁴⁴. A primeira

⁴³ Um dos cuidadores fica à cabeceira da cama e coloca os seus membros superiores debaixo dos membros superiores da pessoa, cruzando-os. O outro apoia-lhe as pernas e os pés. Posteriormente, usando os mecanismos corporais adequados, levantam a pessoa da cama, e colocam-na na cadeira (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011).

aplicada a pessoas com maior grau de dependência impossibilitados de realizar carga ao nível dos membros inferiores, a segunda, aplicada a pessoas sem alterações do equilíbrio estático sentado e em pé e com capacidade para realizar carga nos membros inferiores (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011; Carinhas, 2013).

Antes de iniciar o treino de marcha, foi sempre avaliado o equilíbrio estático e dinâmico⁴⁵, promovido um ambiente seguro (calçado adequado, chão seco, produtos de apoio íntegros) assegurando pontos de repouso em caso de necessidade. Com a finalidade de promover a independência na marcha, foram aconselhados produtos de apoio (canadianas e andarilho), realizado o respetivo ensino e supervisionado a sua utilização (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011; Menoita, 2012; Carinhas, 2013).

O treino do uso correto de canadiana ou bengala, foi uma intervenção que incluiu a observação e análise da marcha de várias pessoas. Foi recorrente o transporte do apoio de marcha na mão, mas sem a usarem como apoio, agarrando-se a mobiliário, parede ou pessoas, tendo sido reforçado as vantagens da sua utilização, realçando que uma marcha eficaz e segura, permite à pessoa usufruir da sua casa na sua plenitude e também, deslocar-se pela sua rua e vizinhança, evitando quedas⁴⁶ decorrentes da perda de equilíbrio.

Por sua vez, a realização do treino de subida e descida de escadas de forma supervisionada, permitiu a pessoa ganhar segurança na execução e um aumento gradual da tolerância ao esforço. Desta forma, ao evoluir no número de degraus a cada sessão, possibilita à pessoa sair de casa, caso seja esse o seu objetivo. Na instrução e treino deste exercício refere-se a importância de agarrar o corrimão, para ter mais equilíbrio e segurança e a gestão do esforço, realizando a inspiração em

⁴⁴ Partindo do decúbito dorsal, a pessoa deve fletir ou ser ajudada a fletir os joelhos e assistida na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente faz-se pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado. Posteriormente, solicita-se à pessoa a flexão do tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição ortostática. No final, assiste-se a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolombar. (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011; Carinhas, 2013).

⁴⁵ Através da avaliação da divisão vestibular do VIII par craniano – auditivo -, iniciando-se pelo equilíbrio estático sentado (a pessoa sentada mantém as mãos apoiadas, suportando o peso do tronco, para manter o equilíbrio), posteriormente o equilíbrio dinâmico sentado (induzindo uma ligeira oscilação do tronco da pessoa), de seguida, o equilíbrio estático em pé, através de Romberg (a pessoa em posição ortostática une os calcanhares, com afastamento dos dedos em 30º, membros superiores ao longo do corpo e olhos fechados, durante 1 minuto. Por fim, avalia-se o equilíbrio dinâmico em pé, através do teste de Babinsky-Weil (solicita-se à pessoa que caminhe para a frente e para trás num percurso de metro e meio). (Menoita, 2012).

⁴⁶ As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar (Despacho nº 1400, 2015).

repouso, parando num degrau e realizar a subida/descida coordenada com a expiração (Pescatello et al, 2013).

Foram ainda identificadas, em parceria com as pessoas e/ou família, barreiras arquitetónicas como tapetes, mobiliário, escadas, passadeiras ou edifícios sem rampas, tendo sido realizadas as alterações e adaptações necessárias.

Promover a eliminação de barreiras arquitetónicas aumenta a mobilidade e a acessibilidade e a participação social das pessoas, a sua segurança, diminuindo o risco de queda e, consequentemente melhorando a sua qualidade de vida (Despacho nº 1400, 2015; Regulamento nº125, 2011; Teles, 2006).

2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, através de um programa de treino cardiorespiratório.

O desempenho de cada pessoa na realização de uma qualquer AF que necessite de um processo aeróbio de formação de energia é tanto melhor quanto melhor for a sua CF. A CF que se tem mostrado um elemento de prognóstico na avaliação global da saúde da pessoa, relaciona os três principais sistemas envolvidos na fisiologia do EF: cardiocirculatório, respiratório e muscular⁴⁷ (Costa & Schwartz, 2013).

Aquando do EF, a necessidade de consumo de O₂ pelos músculos utilizados aumenta, sendo compensado pelo aumento do débito cardíaco, da redução do fluxo sanguíneo a tecidos inativos e do aumento do mesmo para os músculos esqueléticos e pulmões. (Costa & Schwartz, 2013). Esta dinâmica aumenta o afluxo de O₂ e a eliminação do CO₂, provocando o aumento da diferença arteriovenosa de O₂.

Balady et al (2010) através de 4 conceitos distintos mas intimamente relacionados, descreve esta interdependência e complementaridade: ventilação pulmonar, difusão pulmonar, transporte de gases e difusão capilar.

⁴⁷ Sistema cardiocirculatório: débito cardíaco ($DC = FC \times VS$) e diferença arteriovenosa de oxigénio; sistema respiratório: responsável pela captação de O₂ e concentração arterial de O₂; Sistema muscular: responsável pela extracção de O₂ – concentração venosa de O₂, todos representados na fórmula de Fick $VO_2 = DC \times \text{diferença a-v } O_2$ (Costa & Schwartz, 2013).

Desta forma, a avaliação de uma pessoa com doença cardíaca, deve ser o mais global e abrangente possível, para que se possa identificar as causas da limitação da sua CF e corrigi-las com as intervenções adequadas.

O EF provoca efeitos agudos e crónicos ao nível cardiovascular, pulmonar e muscular (Nunes, 2013). Através destes, é possível prevenir a evolução da doença, diminuir episódios de agudização, melhorar a condição física e consequentemente a qualidade de vida (Pereira et al, 2010).

A utilização do EF, enquanto componente do processo de reabilitação, tem como objetivos aumentar a tolerância ao esforço, reduzir a dispneia e aumentar a capacidade na realização das suas ações de autocuidado com aumento da sua autonomia e independência, fortalecer a musculatura periférica, aumentando a capacidade para realizar atividades e melhorar a qualidade de vida, (Heitor, 1997; Cavaleiro & Breda, 2013).

Segundo as regras institucionais, a nível hospitalar, o início da fase I do programa de RC para a pessoa com EAM, ocorre ainda na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

O início precoce da RC permite evitar as sequelas da imobilidade, o ortostatismo, complicações cardioembólicas e hipoventilação pulmonar (Rodrigues & Carvalho, 2013). Após estabilizada a tensão arterial, a inexistência da sintomatologia e a diminuição sérica das enzimas cardíacas, era permitido à pessoa no primeiro dia, realizar a sua higiene parcial no leito e no segundo, adicionalmente, era realizado treino de transferência e levante para cadeirão. Normalmente, às 48 horas do evento agudo, a pessoa é transferida para a enfermaria do serviço de cardiologia, onde é prosseguido o programa de RC.

Ao terceiro dia, já na enfermaria e dando continuidade ao programa de RC iniciado, é permitido à pessoa realizar a sua higiene sentada no leito. Terminados estes cuidados e após um período de repouso é iniciado o ensino e treino de exercícios respiratórios, com ênfase na dissociação e controlo dos tempos respiratórios. Esta atividade torna-se indispensável para avançar para os exercícios seguintes, realizados em posição de pé junto à cama, através da mobilização ativa dos diferentes segmentos dos membros superiores e inferiores. A pessoa é instruída a realizar a mobilização ativa enquanto expira e realizar a inspiração no momento entre cada mobilização. Ainda no terceiro dia é iniciado o treino de marcha, no

corredor da enfermaria, por um período de cinco a dez minutos. A supervisão do EEER durante estas atividades permite com a exemplificação dos exercícios a sua correta execução e corrigir eventuais incorreções no decorrer do mesmo, promovendo uma autonomia crescente da pessoa na sua realização.

Nos dias quatro, cinco e seis do programa de RC para além da repetição dos exercícios de aquecimento coordenados com a respiração instruídos anteriormente, ocorre uma progressão gradual do tempo de marcha em superfície plana, com o consequente aumento progressivo da distância percorrida, promovendo-se a reeducação no esforço. É também iniciado no quarto dia, o treino de subida e descida de escadas com doze degraus. No sexto a pessoa realiza a subida e descida de vinte e quatro degraus. No ensino do treino de escadas é instruída a pessoa a subir (ou descer, se for o caso) enquanto expira e a realizar a inspiração parada no degrau onde se encontra. A progressividade utilizada está de acordo com a literatura consultada (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR), 2004; Pescatello et al, 2013; Rodrigues & Carvalho, 2013).

Os exercícios referentes ao treino de marcha e de escadas foram efetuados respeitando as linhas orientadores relativamente aos MET padronizados para o pós-EAM (AACVPR, 2004; Pescatello et al, 2013). Os sinais vitais (pressão arterial e frequência cardíaca) e oximetria de pulso eram avaliados no início, durante e final da sessão e a avaliação da dispneia e fadiga recorrendo à *Escala de BORG modificada*.

Concomitantemente, com o treino de marcha e de escadas era realizado o ensino e treino da avaliação da frequência cardíaca e das características do pulso, antes, durante e no final de cada exercício. Devido à proximidade do evento agudo, não é possível determinar objetivamente a frequência cardíaca máxima através de uma prova cardio-respiratória. Assim, foi instruído à pessoa a não ultrapassar a frequência cardíaca de 95-100 batimentos por minuto, avaliando o pulso radial durante 15 segundos e depois multiplicar por 4, como forma a realizar o EF em segurança.

Apesar da fórmula de Karvonen⁴⁸ não ser consensual para a obtenção da frequência cardíaca máxima e obter-se as frequências cardíacas do intervalo

⁴⁸ A obtenção da frequência cardíaca máxima é determinada pela fórmula: $(FC_{\text{máxima}}) = 220\text{bpm} - \text{idade}$ (Pescatello et al, 2013).

pretendido para o exercício de intensidade moderada⁴⁹ (40 a 60% da frequência cardíaca máxima) esta, para a população que foi utilizada encontra-se com a fiabilidade necessária. Para além do valor numérico a ter atenção, era ensinado à pessoa a estar atenta a sintomas de não tolerância ao esforço (dispneia, tonturas, palpitações ou indisposição), sendo necessário a suspensão do mesmo.

Foi estimulado a realização de caminhadas diárias de cerca de 30 minutos em pelo menos 5 dias da semana, iniciando o aumento do tempo de forma gradual após a alta e de acordo com a tolerância (Pescatello et al, 2013) de preferência acompanhado, de modo a ser fonte de motivação e participação no processo de recuperação da pessoa, mas também de limitação ao esforço e ser uma ajuda que a pessoa possa recorrer, caso surja a necessidade. A manutenção de períodos de EF de intensidade moderada é de grande importância para manter ou melhorar a condição cardíaca, pulmonar e muscular até ao ingresso na fase II de RC, cerca de 6 a 8 semanas após a alta. Desta forma a pessoa mantém-se ativa sem nunca ultrapassar os limites de segurança do EF proposto (Ainsworth et al, 1993; Ainsworth et al, 2011; Pescatello et al, 2013).

Para além da componente do EF que a fase I da RC contempla foi ainda abordado os cuidados diários da realização de comportamentos de autocuidado, utilizando técnicas de poupança de energia (evitar realizar esforços de membros superiores, puxar e levantar pesos, entre outros), cumprimento da terapêutica prescrita, sintomas de alerta relativos a sintomatologia cardíaca e medidas a tomar em caso de emergência, abandono de hábitos nocivos como álcool e tabaco, controlo de fatores de risco detetados e alimentação saudável (procurando identificar a pessoa responsável pela confeção alimentar e fazendo ensino com a sua presença, ou referenciando a pessoa para a nutricionista).

Foi ainda incentivada a participação em programas de RC, referindo-se os centros existentes e realçando-se as vantagens de dar continuidade ao processo de reabilitação iniciado, fazendo a referenciação para a consulta médica e de enfermagem de RC hospitalar.

A continuidade do programa de RC iniciado no período intra-hospitalar reveste-se de grande importância de modo a que se possa capacitar a pessoa a

⁴⁹ A obtenção do intervalo de frequência cardíaca pretendido pela fórmula:
 $(FC_{alvo}) = ((FC_{máxima} - FC_{repouso}) \times \%Intensidade) + FC_{repouso}$ (Pescatello et al, 2013).

adotar as estratégias de gestão da saúde e obter os ganhos que este tipo de programas oferecem a nível da melhoria de tolerância ao esforço, redução de sintomas e dos níveis lipídicos, aumento do bem-estar psicossocial, redução/suspensão dos hábitos tabágicos, redução de stress, e redução da mortalidade (AACVPR, 2006; Ministério da Saúde, 2009).

Quando a pessoa concorda em integrar a fase II do programa de RC, é referenciada para uma consulta de RC, médica e de enfermagem, num período nunca superior a 15 dias do dia da alta, o que proporcionou durante o ensino clínico a possibilidade de estar presente em consultas de pessoas que conheci e cuidei durante o internamento, sendo igualmente para elas uma referência. A adesão ao processo terapêutico foi impulsionada pela relação de confiança, construída ao longo deste processo, com a equipa multidisciplinar, aliado à informação disponível e o conhecimento sobre a situação (Santos, 2017).

Na consulta de enfermagem, em colaboração com a enfermeira da mesma, tive a oportunidade de acolher a pessoa e familiar fazendo uma breve apresentação dos objetivos da consulta. São abordadas as eventuais queixas de índole cardíaca e verificado o cumprimento do regime medicamentoso e de todas as outras medidas sugeridas para incluir no processo terapêutico – cessação tabágica, EF e alimentação saudável. É proporcionado, ainda, um momento para esclarecimento de dúvidas que possam ter surgido no regresso a casa. Isto é particularmente importante para a pessoa, permitindo-lhe expressar a sua opinião e sentimentos sobre a vivência da sua situação de saúde. Da minha análise, também este aspeto pode ser importante para a enfermagem (o enfermeiro pertence à estrutura do serviço de cardiologia) que ao validar essa informação tem acesso a eventuais lacunas no ensino para alta no internamento, podendo melhorar nesta componente, os cuidados prestados no internamento, às pessoas seguintes.

Este momento é propício, após uma prévia avaliação dos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, para desenvolver uma intervenção de apoio-educação indo ao encontro das necessidades identificadas (Orem, 2001).

O registo desta consulta é realizado em formato de papel em impresso próprio, não se vislumbrando a eventualidade desta passar a ser realizada em suporte digital, o que da minha reflexão, dificulta o trabalho na extração de dados, a

partilha da informação com outras equipas ou instituições, e a verificação de indicadores com os respetivos ganhos em saúde da intervenção da enfermagem.

Na consulta médica de RC, na qual o enfermeiro não marca presença, se já for adequado, está incluída a prova de esforço que vai servir de base a prescrição médica de EF a realizar nas sessões da fase II de RC. Nesta, de acordo com a estratificação de risco (Anexo I), a pessoa é encaminhada para realizar as suas sessões no ginásio do departamento de medicina física de reabilitação (baixo risco) ou numa sala anexa à UCI para as pessoas estratificadas com médio ou alto risco cardiovascular.

Por falta de autorização da fisiatra responsável do serviço, só tive oportunidade de observar e colaborar nas sessões que decorreram com pessoas de médio/alto risco cardiovascular, na sala adjacente à UCI.

O programa de EF instituído era de oito semanas, com frequência trissemanal, com a duração de 30 a 60 minutos dependendo da tolerância da pessoa, com objetivo de aumentar a resistência cardiovascular. Em pessoas com doença coronária, o treino de resistência pretende o desenvolvimento de resistência cardiovascular. Este treino, utiliza exercícios aeróbicos e rítmicos, que possam ser sustentados por um período prolongado e resultam num aumento do $VO_{2máx}$. O $VO_{2máx}$ é limitado a nível central pelo débito cardíaco e perifericamente pela capacidade da musculatura esquelética captar oxigénio do sangue (Taylor, Bell & Lough, 2008).

Em cada sessão de treino são avaliados os sinais vitais e oximetria periférica da pessoa no início, durante e no final da sessão, através de monitorização electrocardiográfica e de pressão arterial não invasiva.

Na primeira e última sessão era realizada uma avaliação da bioimpedância⁵⁰ da pessoa (Peacock, Albert, Kies, White & Emerman, 2000). Esta avaliação insere-se para dar seguimento a um estudo que o serviço de cardiologia se encontra a desenvolver, numa tentativa de otimizar a componente do EF do programa de RC. A bioimpedância permite também, determinar a percentagem de massa gorda, de músculo e de água corporais. Esta informação, como EEER, permite ajustar o tipo

⁵⁰ A monitorização de bioimpedância possibilita a obtenção do índice de resistência vascular sistémica, débito cardíaco e contractilidade cardíaca. Avaliando a resistência media torácica permite-se estimar o fluído total torácico (Peacock et al, 2000).

de exercícios a realizar com o objetivo de corrigir as alterações verificadas, para os valores cientificamente considerados normais e equilibrados. Pode simultaneamente ser uma informação útil para identificar necessidades de intervenção ao nível da alimentação da pessoa, como por exemplo, a ingestão de maior quantidade de proteínas e redução no consumo de hidrato de carbono, nomeadamente os de rápida absorção.

Foi reforçada a informação da importância da hidratação durante o EF, da ingestão de refeição de fácil digestão antes de cada sessão, da utilização de roupa e calçado adequados ao EF e de estar alerta para os sintomas que implicam a suspensão do mesmo. À prática do EF está associado um risco acrescido de lesões associadas. O EF mal executado aumenta a probabilidade de lesões no aparelho músculo-esquelético (Civinski, Montibeller & Braz, 2011). Como futuro EEER, a segurança é um aspeto que terei sempre em ponderação. O alerta e ensino da pessoa para estes aspetos, devem ser considerados desde a avaliação inicial prolongando-se ao durante e recuperação do EF.

Procurei junto da pessoa a expressão de sentimentos e anseios, de modo a identificar eventuais dúvidas que pudessem ser impeditivas do empenho da pessoa nos exercícios. O sentimento de insegurança, pela eventualidade de recorrência da sintomatologia, é um fator limitativo que pode levar à não consecução das expectativas da pessoa. Através de uma comunicação clara e assertiva, e validando as suas interpretações e propostas de intervenção, esta paulatinamente esteve mais confiante em si e nos profissionais, o que possibilitou alcançar os objetivos para cada sessão.

A presença da família nas sessões foi incentivada com a finalidade de a envolver no processo terapêutico. Possibilitar a presença de uma referência familiar, motiva a pessoa e esta servirá de suporte para motivá-la na realização dos exercícios prescritos a realizar em casa.

Apesar das características individuais de cada pessoa, as sessões de EF apresentavam uma estrutura igual para todos. Iniciava-se com a realização de exercícios de aquecimento dos membros superiores e inferiores; seguido do treino aeróbio, normalmente caminhada ou corrida em esteira; posteriormente exercícios de força dos membros superiores e inferiores, finalizando com o treino de

flexibilidade e exercícios de alongamento, no regresso ao repouso. Esta sequência está em linha de orientação com a defendida pela ACSM (Pescatello, 2013).

3. AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS

A avaliação como fase final de um processo de aprendizagem torna-se indispensável. Para além de permitir analisar o rendimento atingido ao longo do ensino clínico, permite refletir sobre o planeamento prévio realizado e identificar causas que possam ter contribuído negativamente para a não obtenção dos resultados estabelecidos.

Neste sentido, este capítulo representa o culminar de um processo que permitiu dar resposta à temática fundamentada no trabalho de projeto e concretizada em ensino clínico relativamente ao EF na gestão da doença cardíaca e a intervenção do EEER no cuidado a estas pessoas, bem como ao desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, e das competências específicas do EEER definidas pela OE.

Sabendo que iria desenvolver o ensino clínico em dois contextos diferentes, a quando da escolha desta temática, imaginei que teria uma oportunidade de poder intervir ao nível das diferentes fases da RC. Em contexto hospitalar, abordaria as fases I e II, e na comunidade a fase III, apesar de previamente, pela minha experiência profissional, não ter qualquer contato com serviços de saúde que proporcionassem cuidados ao nível da RC.

Pelo meu interesse pessoal pela componente prática do treino e do EF, pela natureza distinta dos conceitos a ele inerentes, e pela pouco frequente atribuição de competências ao enfermeiro neste aspeto particular, o meu maior interesse incidia na fase II do programa de RC. No entanto devido à organização existente no hospital, em que a fase I está à responsabilidade do EEER e a fase II ao serviço de medicina física e de reabilitação, não possibilitou que a minha experiência na fase II, fosse mais efetiva do que realmente se proporcionou.

Perante esta realidade, independentemente da fase da RC ou patologia, concretizei a minha abordagem enfatizando nos cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006) relacionada com a promoção da saúde.

A promoção de saúde consiste numa área de intervenção do enfermeiro generalista, no entanto, constitui-se como um apoio essencial na abordagem à pessoa com doença cardíaca e serve fielmente o propósito de promover as

capacidades adaptativas da pessoa relativas a uma nova realidade e à sua reabilitação.

O autocuidado, conceito central da teoria de Orem e da disciplina de ER, é comumente limitado aos conceitos de dependência/independência. Porém, este alcança simultaneamente um conjunto de comportamentos de adesão ou não adesão ao regime terapêutico, que dependem de múltiplos fatores, mas que assumem relevância no âmbito da gestão da doença crónica.

A doença cardíaca, excetuando a sua origem congénita, resulta do progressivo desgaste biológico dos tecidos (vasos, válvulas...) normalmente associado ao estilo de vida da pessoa. Quando cuidamos de pessoas, apesar destas poderem ter patologias iguais, a forma como cada um a vive e a experiência é distinta.

De acordo com Backman e Hentinen (1999;2001), o autocuidado, gravado na matriz existencial das pessoas, está intimamente ligado com o seu passado, a sua experiência de vida, sendo influenciado pelos antecedentes pessoais, pela sua personalidade e suas experiências de saúde e pelo envelhecimento.

Na minha prática de cuidados como estudante de ER, tive sempre em consideração a necessidade de perceber a sua história de vida, a sua personalidade e individualidade enquanto pessoa, tendo sido importante para o meu desenvolvimento como futuro EEER. O conhecimento da pessoa que cuidamos, permitiu adequar a minha intervenção no sentido de promover o auto-cuidado. Exemplo disso foi a situação de um senhor, internado, a realizar a fase I da RC após EAM, considerar não ter a motivação necessária para realizar o EF proposto e necessário no domicílio, uma vez que nunca foi praticante de qualquer desporto, ou retirou prazer da AF. No entanto, percebeu-se que era este senhor, em virtude do filho trabalhar até tarde, que ia buscar o neto à escola todos os dias, de carro, mas a uma distância inferior a 2 quilómetros. Assim, foi proposto a realização deste percurso diário mas a pé, visto que a caminhada se enquadrava no EF preconizado para os efeitos da RC. O senhor ficou um pouco surpreendido, uma vez que imaginava que o EF seria algo mais complexo do que a sugestão realizada, e concluiu que era exequível. A transformação de uma atividade numa fase inicial, geradora de stress, numa simultaneamente prática, útil e saudável, é uma

demonstração dos “pormenores” que Hesbeen (2003) nos fala, que tanto enobrecem e dignificam a intervenção e olhar do EEER.

A mudança de estilo de vida pelo Modelo Transteórico da Mudança de Comportamento, de Prochaska e Diclemente (1982), propõe que a modificação comportamental seja um processo⁵¹ que se vai fazendo por etapas, e que a mudança é efetiva quando é mantida após seis meses. Podendo existir um retrocesso, à pessoa é pedido que mobilizando os seus recursos internos ou mesmo necessitar de acompanhamento de um profissional de saúde, para regressar a um estilo de vida saudável (Serrabulho et al, 2014).

Obviamente que os recursos existentes no serviço de internamento como as referenciações e frequência da consulta de RC, para a fase II da RC ou a consulta de cessação tabágica, são indicadores que a pessoa está disponível para mudar o seu estilo de vida, mas é extemporâneo pensar-se que em mudança está completa no final deste programa.

Da minha reflexão e análise, pela duração do internamento e pela natureza da intervenção do EEER na fase I da RC, apesar de a pessoa cumprir o que lhe é ensinado e instruído, não existe em tempo útil, modo de verificar se a mesma integra estes conhecimentos na sua nova situação de saúde, contribuindo para uma gestão autónoma do seu binómio saúde/doença, ou por outro lado, no domicílio sem a vigilância do enfermeiro, este regressa ao seu estilo de vida anterior.

Dorothea Orem na sua Teoria do Autocuidado explana e relaciona intimamente conceitos, capazes de enquadrar o contexto da mudança comportamental. A ação de autocuidado consiste na motivação em procurar resultados em saúde pelo próprio, envolvendo o domínio físico, emocional cognitivo, psicossocial e comportamental. Assim, os comportamentos de autocuidado remetem para a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa, realizadas atempadamente e no interesse da manutenção da vida, de um funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (Orem, 2001). Perante o sucesso ou insucesso, dos comportamentos realizados na gestão da sua saúde, a pessoa encontra-se em um de três sistemas de enfermagem⁵², e de

⁵¹ O modelo descreve várias fases: pré-contemplação; contemplação; decisão; ação; manutenção; retrocesso.

⁵² Sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório, sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

acordo com isto, o EEER a sua avaliação, determina um ou mais métodos de ajuda⁵³ definidos pela autora na Teoria do défice de Autocuidado (Orem, 2001).

Se ao nível hospitalar, apesar da sua distribuição assimétrica (Anexo II), tem ocorrido um aumento da oferta de serviços de saúde que proporcionam cuidados de saúde ao nível dos programas de RC, ao nível dos cuidados de saúde primários essa oferta é bem mais reduzida.

Na ECCI onde realizei o meu EC, não existe instituído um programa de RC. O número de pessoas com doença cardíaca referenciadas para esta é praticamente nulo e os poucos que surgem, pela organização do ACES, são atribuídos à fisioterapeuta existente. Ao EEER cabe cuidar e gerir a situação de saúde de pessoas com alterações neurológicas, da eliminação, com situações osteoarticulares em resolução com o respetivo ensino e treino de AVD, ou qualquer outra alteração que transitória ou permanentemente produza restrição da sua independência.

Refletindo, várias são as razões que concorrem para esta situação:

- reduzida importância atribuída à gestão domiciliária da doença cardíaca;
- existência de reduzidos programas de RC – fase III;
- insegurança dos profissionais de saúde, incluindo o EEER, no domínio das componentes do EF, ou inclusive, reconhecimento do mesmo como recurso terapêutico;
- escassez de recursos humanos, que condiciona a canalização dos mesmos para áreas consideradas prioritárias.

Paralelamente, os centros de RC não coordenam com os diferentes ACES, para dar continuidade ao processo de RC, realizando a sua atividade de forma estanque, limitando a sua esfera de intervenção aos cuidados de saúde que proporciona.

Isto acarreta que as pessoas com doença cardíaca tenham maior probabilidade de abandonar a sua reabilitação, e também não permite averiguar a taxa de efetividade dos programas de RC frequentados. É importante saber-se o número de pessoas que iniciam e terminam a fase I e II, mas não é menos importante saber, se essas pessoas, no final dos mesmos integram os

⁵³ 5 métodos: Agir ou fazer para outra pessoa; Guiar e orientar; Proporcionar apoio físico e psicológico; Favorecer e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; Ensinar (Orem, 2001).

conhecimentos adquiridos na sua vida quotidiana, como um compromisso que contribui para a sua capacitação e co-responsabilização, na gestão da sua doença crónica.

Não ter consciência da não articulação dos vários recursos existentes, resultou ao nível de formulação do projeto, por exemplo, previsse utilizar a escala LCADL (Anexo III) que de facto não foi utilizada, pela falta de pertinência da sua aplicação às pessoas de quem de facto cuidei.

No entanto, o contexto comunitário do EC, permitiu-me o contacto com novas realidades de cuidados. Desenvolvi um melhor conhecimento dos recursos da comunidade existentes que podem dar suporte à pessoa com dependência no seu domicílio, melhorando consideravelmente a oferta e acessibilidade a cuidados de reabilitação à pessoa e cuidadores.

A perceção de que a família/cuidador principal é um elemento integrante dos mesmos, o conhecimento pleno do funcionamento e respetivo potencial das ECCI lideradas pelo enfermeiro especialista potenciou, assim, a aquisição e o desenvolvimento complexo de competências como futuro EEER na área da gestão, educação, comunicação e treino de AVD.

Ainda no contexto comunitário, gostaria de destacar a oportunidade que vivenciar a ER numa outra perspetiva que até ao início deste percurso não tinha sequer imaginado – talvez pela minha confusão inicial de conceitos de paliativo e terminal – que foi a prestação de cuidados de ER em pessoas referenciadas à ECCI, com necessidade em cuidados paliativos.

Devido à formação superior em cuidados paliativos que o orientador clínico possui, consegui desenvolver uma perspetiva diferente que o EEER pode ter. Neste contexto, em que a pessoa se encontra na fase final da sua doença crónica, nem sempre a promoção da independência ou recuperação da funcionalidade é o objetivo prioritário. A maioria das vezes, em conjunto com a pessoa e seu cuidador, é definido como intervenção prioritária a resolução sintomatológica da sua patologia, o controlo da dor, a manutenção da funcionalidade existente e a prevenção de complicações em consequência da imobilidade, como as úlceras por pressão ou infeções respiratórias ou urinárias.

A formação e o suporte técnico e emocional aos cuidadores informais são aspetos de extrema importância para a continuidade dos cuidados prestados, pois

são estes que vão garantir que os cuidados necessários sejam continuamente realizados, desenvolvendo-se uma relação de confiança e cumplicidade. Situações que se prolonguem no tempo, podem levar à exaustão do cuidador e compete ao EEER ser perspicaz para atempadamente intervir, e impedir que estas aconteçam.

Tendo em conta a especificidade do serviço, em contraste com a abrangência da ER, variados são os contextos que sinto necessidade de ter maior investimento e maior contacto para me desenvolver a esse nível, como são as alterações ortopédicas, nomeadamente a reabilitação após cirurgia.

Ao nível do internamento, para além das intervenções desenvolvidas no âmbito da reabilitação da pessoa com doença cardíaca, houve outras que foram especialmente importantes no meu desenvolvimento de competências em ER, que gostaria de destacar.

A primeira reporta-se à possibilidade de ter cuidado de uma pessoa que sofreu um AVC, do qual resultaram as alterações referidas, que permitiu desenvolver a minha intervenção, contemplada nas competências do EEER, mas fora do âmbito de RC. Na minha opinião, foi a situação mais complexa e com maior potencial de intervenção do EEER, mas igualmente com maior gratificação pessoal me proporcionou.

A segunda refere-se à oportunidade de desenvolver a minha intervenção em pessoas com necessidade de cirurgia valvular cardíaca ou de revascularização de miocárdio, no período pré-operatório, tendo este contexto permitido aprofundar as minhas competências e capacidades no âmbito de RFR. Trabalhando atualmente, numa instituição que possui um serviço de cirurgia cardíaca, internamento e UCI, o desenvolvimento de competências em RFR, permite simultaneamente, tornar-me uma mais-valia para a instituição, e possibilitar-me a nível profissional, estar preparado para desempenhar e prestar cuidados de enfermagem especializados em contextos inerentes ao projeto de aprendizagem por mim desenvolvidos.

A aplicação do meu projeto formativo em contexto real de prática de cuidados tornou-se fundamental na consolidação das minhas aprendizagens no âmbito da ER, possível pela diversidade de experiências clínicas, recursos humanos e materiais, que os próprios EC ofereceram.

É com este nível de desenvolvimento profissional, resultado das dificuldades encontradas e ultrapassados, das aprendizagens descritas e com o desenvolvimento

e assimilação das competências específicas na área da ER, que penso ter concluído o EC nos contextos projetados, através da implementação e concretização do projeto formativo em práticas de cuidados reais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E TRABALHO FUTURO

O presente trabalho procurou apresentar um trajeto de desenvolvimento de competências e de aprendizagens iniciado na componente teórica e teórico-prática do curso, tendo proporcionado o desenvolvimento de aptidões de natureza teórica, técnica, prática e reflexivas, e de pesquisa do conhecimento científico. Posteriormente, durante o EC, procurou colocar-se em prática um conjunto de capacidades desenvolvendo as competências exigidas ao EEER visando à aquisição do grau académico de mestre e do título profissional de EEER.

Com o propósito de sintetizar as aprendizagens mais relevantes, foram apresentadas intervenções e atividades que para além de terem caráter descritivo, incluem reflexão e fundamentação da prática, articulando o conhecimento científicos com a realidade do EC.

Este percurso foi marcado pelo interesse na aprendizagem e desenvolvimento de competências, com progressiva segurança e autonomia na organização e fundamentação do planeamento e prestação de cuidados de ER.

Os contextos do EC contribuíram decisivamente para dar resposta aos objetivos delineados e assim, desenvolver competências de ER no interior de uma equipa multidisciplinar, considerando a avaliação da pessoa, a identificação das suas necessidades, o planeamento e implementação de intervenções, e a sua avaliação e reformulação quando necessário, promovendo a capacitação e a maximização do potencial da pessoa com doença cardíaca, dependente e/ou com alterações da funcionalidade.

Para ser EEER, após a conclusão deste percurso, é necessário uma mobilização de conceitos e conhecimentos, uma constante atualização das melhores práticas e a aplicação das mesmas na prestação de cuidados.

Atualmente, apesar da recente mobilização da profissão e dos seus profissionais, para um reconhecimento do seu investimento na formação realizada, quer em termos de carreira (ou uma nova, como se fala), quer em termos monetários, este não se perspetiva no imediato, que os enfermeiros especialistas, exerçam a sua profissão como tal.

Apesar desse não reconhecimento, o enfermeiro munido de conhecimento especializado e de competências desenvolvidas durante a sua formação, não mais

avalia e intervém aos três níveis de prevenção, no seu contexto profissional sem a perspetiva do EEER, conferindo-lhe importância na prestação de cuidados.

O desenvolvimento de conhecimentos e estratégias na área da ER permitirá igualmente tornar-me um elemento de referência junto da equipa multidisciplinar onde estou inserido, sobretudo junto dos meus colegas, os enfermeiros principiantes, os principiantes avançados e os competentes (Benner, 2001).

Atualmente, encontro-me a exercer funções num serviço de internamento de nefrologia. Devido aos conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo do curso, foi-me proposto a elaboração de duas normas de procedimento para o serviço em questão: Norma de procedimento relativa aos posicionamentos e norma de procedimento relativamente às transferências. Na sequência disso, foi-me proposto para 2018, integrar uma equipa que irá realizar formação a todos os enfermeiros e assistentes operacionais do serviço, que prestam cuidados diretos à pessoa internada, formação essa, no âmbito da segurança do utente e profissionais na prestação de cuidados de saúde. A realização desta formação tem como finalidade a melhoria e a gestão mais eficiente dos cuidados, integradas no domínio das competências gerais a desenvolver pelo enfermeiro especialista.

Num futuro próximo tenho a pretensão, após concluir este percurso, de passar para a unidade de insuficiência cardíaca do mesmo centro hospitalar, onde já possui na sua orgânica um EEER, e tem em desenvolvimento um programa de EF integrado nos cuidados que presta. Com as competências específicas desenvolvidas no âmbito do EF, penso ser uma mais-valia para a instituição, mas também beneficiando, da existência de um EEER mais experiente, que possa ser facilitador da integração na nova etapa profissional.

Através da análise e discussão das atividades realizadas no âmbito da utilização do EF na gestão da doença cardíaca e das restantes competências enunciadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEER, penso ter conseguido com sucesso, obter os pressupostos regulados pela OE, na obtenção do título de EEER e, assim, alcançado o objetivo proposto para este relatório de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (2004). *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs*. (4^a ed.). Champaign: Human Kinetics.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (2006). *Cardiac rehabilitation resource manual – Promoting Health and Preventing Disease*. Champaign: Human Kinetics.
- Abreu, C., Almeida, M., Costa, M. C., Santos, R., & Sousa, P. (2011). As implicações/impacto dos registos de enfermagem em linguagem CIPE. Associação Portuguesa dos Enfermeiros do CHLC. *Enformação*, 14, 20-25. Acedido 10-07-2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.17/938>
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Leon, A. S., Jacobs Jr., D. R., Montoye, H. J., Sallis, J. F. & Paffenbarger Jr., R. S. (1993). Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25(1), 71-80.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett jr. D. R., Tudor-Locke, C., ... Leon, A. S. (2011). Compendium of physical activities: A second update of codes and MET values. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(8), 1575-1581.
doi: 10.1249/MSS.0b013e31821ece12
- Association of Rehabilitation Nurses (2007). *Role of the nurse in the rehabilitation team – An ARN position statement*. Acedido em 22-05-2017. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org/uploads/files/PS-Role.pdf>
- Association of Rehabilitation Nurses (2015). *The rehabilitation nurse manager – role description*. Acedido em 22-05-2017. Disponível em: <http://www.rehabnurse.org/uploads/files/uploads/File/RhbNurMgr.pdf>

-
- Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572.
- Backman, K. & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of homedwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 195-202.
- Balady, G. J., Arena, R., Sietsema, K., Myers, J., Coke, L., Fletcher, G. F., ... Milani, R. V. (2010). Clinician's guide to cardiopulmonary exercise testing in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 122(2), 191-225.
doi: 10.1161/CIR.0b013e3181e52e69.
- Barbosa, M. T. (2012). *Custos e efectividade da reabilitação após AVC: uma revisão sistemática*. Tese de mestrado. Disponível no RCAAP.
<http://hdl.handle.net/10316/21495>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bolas, R. (2017). Pessoa em programa de reabilitação cardíaca. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 381-392). Loures: Lusodidacta.
- Boyle, G. (2008). Autonomy in long-term care: a need, a right or a luxury? *Disability & Society*, 23, 299-310.
doi: 10.1080/09687590802038795
- Braga, R. (2017a). Avaliação da função deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.

-
- Braga, R. (2017b). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Branco, C. F. B. (2014). Fatores de risco cardiovascular: Influência na capacidade funcional de doentes em programa de reabilitação cardíaca. Artigo de investigação médica, no âmbito do mestrado integrado. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível no RCAAP
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76725/2/32845.pdf>
- Brewer, L., Boleware, A. L. & Boss, B. (2011). Reabilitação cardíaca e cardiovascular. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.715-739). Loures: Lusodidacta.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people: an hermeneutic phenomenological research*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing.
- Camara, F. M. G., Galve, A., Miranda, M. L. de J. & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências – artigo de revisão. *Acta de Fisiatria*, 15(4), 249-256. Acedido em 22-09-2017. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103005>
- Campos, M. A. & Sousa, R. (2015). *Nutrição e Deficiência(s) - Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
doi: 10.13140/RG.2.1.4548.8800
- Carinhas, M. J. A. (2013). *Guia orientador de boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros.

-
- Carrageta, M. (2015). Benefícios da reabilitação cardíaca em doentes coronários. *Revista Factores de Risco*, 35, 24-27.
- Catharino, A. M. S., Guanaes, L. G. L., Orsini, M. & Gonçalves, M. T. (2012). Avaliação neurológica e diagnóstico cineticofuncional. In M. Orsini (Ed.). *Reabilitação nas doenças neuromusculares – Abordagem Multidisciplinar* (pp. 45-80). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cavaleiro, L. V. & Breda, A. P. (2013). Reabilitação não supervisionada. In R. D. Raimundo (Ed.). *Reabilitação cardiovascular e metabólica* (pp. 343-364). São Paulo: Atheneu.
- Civinski, C., Montibeller, A. & Braz, A. L. O. (2011). A importância do exercício físico no envelhecimento. *Revista da Unifebe*, 9, 163-175. Acedido em 23-09-2017. Disponível em:
<http://periodicos.unifebe.edu.br/index.php/revistaeletronicadaunifebe/article/view/68/57>
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2014). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Costa, L. A. R. & Schwartz, J. (2013). Teste de exercício cardiorrespiratório. In R. D. Raimundo (Ed.). *Reabilitação cardiovascular e metabólica* (pp. 343-364). São Paulo: Atheneu.
- Decreto-Lei nº163/2006 de 8 de agosto (2006). Acessibilidade. *Diário da República 1ª Série*, Nº 152 (08-08-2006) 5670-5689.
- Delgado, B. (2014). *Reabilitação funcional no doente com Insuficiência Cardíaca descompensada*. Tese de mestrado. Disponível no RCAAP
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10439/1/Bruno%20Miguel%20Delgado.pdf>

Despacho nº 1400 – A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República 2ª Série*, Nº 28 (10-02-2015) 3882-3892.

Despacho nº 6401 – 2016 de 16 de maio (2016). Programas de saúde prioritários. *Diário da República 2ª Série*, Nº 94 (16-05-2016) 15239.

Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido 21-01-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2011). *Norma 54/2011 – Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares – orientações programáticas*. Ministério da Saúde. Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2013). Plano nacional de saúde 2012/2016 – eixo estratégico – cidadania em saúde. Acedido 10-07-2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Direção-Geral da Saúde (2017a). *Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Ministério da Saúde. Portugal.

Direção-Geral da Saúde (2017b). *Programa nacional para a promoção da alimentação saudável*. Ministério da Saúde. Portugal. Acedido 08-01-2017. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/pnpas/>

- Domingues, A., Preto, L. & Novo, A. (2012). Efeitos de um treino de força em pacientes em programa de hemodiálise. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança. Disponível em:
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8063/1/Trabalho%20de%20Projeto%20-%20%C3%82nia%20Domingues.pdf>
- Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. London: Macmillan.
- Etges, C. L., Scheeren, B., Gomes, E. & Barbosa, L. R. (2014). Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. *CoDAS*, 26(5), 343-349.
doi: 10.1590/2317-1782/20142014057.
- Ferreira, D. & Santos, A. (2017). Avaliação da pessoa com patologia respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 167-180). Loures: Lusodidacta.
- Figueiredo, N., Stipp, M. & Leite, J. (2009). *Cardiopatias: avaliação e intervenção em enfermagem* (2ª ed.). São Caetano do Sul: Yendis.
- Fletcher, G. F., Ades, P. A., Kligfield, P., Arena, R., Balady, G. J., Bittner, V. A. ... Williams, M. A. (2013). Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 128, 873-964.
doi: 10.1161/CIR.0b013e31829b5b44
- Gender, A. R. (2011). Administração e liderança. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.129-152). Loures: Lusodidacta.
- Habel, M. (2000). Sono, repouso e fadiga. In S. P. Hoeman (coord.). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo* (2ª ed., pp. 549-569). Loures: Lusociência.
- Hain, D. J. & Sandy, D. (2013). Partners in care: patient empowerment through shared decision-making. *Nephrology Nursing Journal*, 40(2), 193-197.

- Heitor, M. et al (1988). *Reeducação funcional respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Heitor, M. (1997). Reabilitação respiratória. In M. Costa (Coord.). *Pneumologia na prática clínica*. (3ª ed., pp. 1017-1084). Lisboa: Clínica de Pneumologia Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. P., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade funcional nas actividades de vida diária. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.209-270). Loures: Lusodidacta.
- Huang, A. P. S. & Sakata, R. K. (2015). Dor após esternotomia – revisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 66(4), 395-401.
doi:10.1016/j.bjan.2014.09.003.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Causas de morte 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Irwin, S. & Tecklin, J. S. (2003). *Fisioterapia cardiopulmonar* (3.ª ed.). São Paulo: Manole.
- Isaías, F., Sousa, L. & Dias, L. (2014). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M. C. O. Cordeiro & E. C. P. C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – conceitos, princípios e técnicas*. (pp..308-314). Loures: Lusociência.

- Johansen, K. L., Chertow, G. M., Ng, A. V., Mulligan, K., Carey, S., Schoenfeld, P. Y. & Kent-Braun, J. A. (2000). Physical activity levels in patients on hemodialysis and healthy sedentary controls. *Kidney International*, 57(6), 2564-2570.
doi: 10.1046/j.1523-1755.2000.00116.x
- Kayser, J. W., Cossette, S. & Alderson, M. (2013). Autonomy-supportive intervention: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1254-1266.
doi: 10.1111/jan.12292
- Kelly-Hayes, M. & Phipps, M. A. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.
- Kottke, F. J. (1994). Exercício terapêutico para desenvolvimento da coordenação neuromuscular. In F. J. Kottke & J. F. Lehmann (Coords.). *Tratado da medicina física e reabilitação de Krusen* (pp. 439-465). São Paulo: Manole.
- Lavie, C. J., Thomas, R. J., Squires, R. W., Allison, T. G. & Milani, R. V. (2009). Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(4), 373-383.
doi: 10.1016/S0025-6196(11)60548-X
- Lei nº111/2009 de 16 de setembro (2009). Secção II: Do Código Deontológico do Enfermeiro. *Diário da República*. 1ª série, Nº 180 (16-09-2009) 6547-6549.
- Magalhães, S., Viamonte, S., Ribeiro, M. M., Barreira, A., Fernandes, P., Torres, S. & Gomes, J. L. (2013). Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controlo dos fatores de risco cardiovascular. *Revista portuguesa de cardiologia*, 32(3), 191-199.

doi:10.1016/j.repc.2012.08.005

- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Malcato, M. E. M. R. R. (2017). A pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 515-523). Loures: Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2017). Reabilitar a pessoa com acidente vascular cerebral. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Loures: Lusodidacta.
- Martins, J. (2010). Informação em saúde. perspectiva ética. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 34, 18-21.
- Martins, P., Morais, A. & Novo, A. (2015). Implementação de um programa de exercício intradialítico de maximização da função em utentes hemodialisados. Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível no RCAAP
<http://hdl.handle.net/10198/13197>
- McCormack B. & McCance T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.
- Menoita, E. C. (Coord.). (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2015). Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem

de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 13-12-2016.
Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 20-04-2017.
Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDados/DocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ministério da Saúde (2009). *Reabilitação cardíaca: Realidade nacional e recomendações clínicas*. Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares. Acedido a 10-06-2016. Disponível em
<http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/466A7B26-7BB4-48D9-9DC1-FBAE234AA579/0/ReabilitacaoCardiaca.pdf>

Mion, L. (2009). Establishing a therapeutic hospital environment: The patient perspective. *Geriatric Nursing*, 30(4), 268-271.
doi: 10.1016/j.gerinurse.2009.08.005.

Muela, H. C. S., Bassan, R. & Serra, S. M. (2011). Avaliação dos benefícios funcionais de um programa de reabilitação cardíaca. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 24(4), 241-250.

Novo, A., Martins, P. & Videira, Ana. (2017). A funcionalidade da pessoa hemodialisada. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 501-513). Loures: Lusodidacta.

-
- Novo, A. & de Paz, J. (2009). Evaluación funcional y efectos de um entrenamiento aeróbico en pacientes hemodializados com insuficiência renal crónica. Tese de doutoramento. Universidade de León (Espanha).
- Nunes, N. (2013). Efeitos agudos e crónicos do exercício físico. In R. D. Raimundo (Ed.). *Reabilitação cardiovascular e metabólica* (pp. 343-364). São Paulo: Atheneu.
- Observatório para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2017). Portugal: perfil de saúde do país 2017, State of Health in the EU, Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Divulgar: Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia profissional de enfermagem. [s.l.] Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Needs and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD*. Copenhaga: WHO Regional office for Europe.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Physical activity (fact sheet)*. Acedido em 20-12-2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

- Peacock, W. F. IV, Albert, N. M., Kies, P., White, R. D. & Emerman, C. L. (2000). Bioimpedance monitoring: Better than chest x-ray for predicting abnormal pulmonary fluid?. *Congestive Heart Failure*, 6(2), 86-89.
- Pereira, A., Santa-Clara, H., Pereira, E., Simões, S., Remédios, Í., Cardoso, J. ... Fernhall, B. (2010). Impacto do exercício físico combinado na percepção do estado de saúde da pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16(5), 737-757.
doi: 10.1016/S0873-2159(15)30069-6
- Pescatello, L. S., Arena, R., Riebe, D. & Thompson, P. D. (Eds.) (2013). *The ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (9th edition), Baltimore and Philadelphia: Wolters Kluwer Health and Lippincott Williams and Wilkins.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Phipps, W. et al (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pollentier, B., Irons, S. L., Benedetto, C. M., Dibenedetto, A. M., Loton, D., Seyler, R. D. . . . Newton, R. A. (2010). Examination of the six minute walk test to determine functional capacity in people with chronic heart failure: a systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 21(1), 13-21.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2013). *Fundamentos de enfermagem* (8ª ed.). São Paulo: Elsevier.
- Prochaska, J. & Diclemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

- Pryor, J. (2011). Lidar com o cliente e a família. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 469-498). Loures: Lusodidacta.
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S. & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (3), 157-164. Acedido 12-07-2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>
- Redol, F. & Rocha, C. (2017). Avaliação da função eliminação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 189-202). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2ª Série*, Nº 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Diário da República 2ª Série*, Nº 35 (18-02-2011) 8658-8659.
- Regulamento nº350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. *Diário da República 2ª Série*, Nº 116 (22-06-2015) 16655-16660.
- República Portuguesa – Saúde (2017). Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência – cirurgia cardiotorácica. Acedido 24-01-2018. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/RNEHR_Cirurgia-Cardioracica-Aprovada-19-12-2017.pdf

-
- Rocha, E., Ferreira, R., Abreu, A., Portugal, R., Nogueira, P. & Timóteo, A. (2015). Prevenção em destaque – Portugal. *Revista Factores de Risco*, 36, 8-21.
- Rodrigues, M. V. H. & Carvalho, V. O. (2013). Reabilitação cardíaca: fase I – hospitalar. In R. D. Raimundo (Ed.). *Reabilitação cardiovascular e metabólica* (pp. 343-364). São Paulo: Atheneu.
- Romão, F. I., Dias, L. & Moreno, M. F. (2014). Patologia respiratória restritiva. In M. C. O. Cordeiro & E. C. P. C. Menoita (Coords.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória – conceitos, princípios e técnicas*. (pp. 229-250). Loures: Lusociência.
- Santos, L. L. (2017). O processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15-23). Loures: Lusodidacta.
- Sencovici, L. (2013). Noções de fisiologia do exercício. In R.D. Raimundo (editor). *Reabilitação cardiovascular e metabólica* (pp. 47-54). São Paulo: Atheneu.
- Serrabulho, L., Mota, T., Raposo, J., Boavida, J., Nunes, J. S., Cernadas, R. & Carqueja, T. (2014). Mudança de estilo de vida e gestão do peso na diabetes: programa de formação de formadores Juntos é Mais Fácil. *Revista Factores de Risco*, 34, 108-118. Acedido em 22-01-2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10164>
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C. & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho?. *Revista portuguesa de saúde pública*. 30(2), 193-203.
doi: [10.1016/j.rpsp.2012.10.001](https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001)

-
- Silva, D., Baglio P. T., Gazzana, M. B. & Barreto, S. S. M. (2009). Avaliação pulmonar e prevenção das complicações respiratórias perioperatórias. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 7, 114-123.
- Sociedade Europeia de Cardiologia (SEC) (2016). Recomendações europeias para a fibrilhação auricular (versão portuguesa). Biot: ESC.
- Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (2008). Recomendações portuguesas para a prevenção primária e secundária da aterosclerose. Lisboa: SPA.
- Sousa, T., Anes, E. & Novo, A. (2012). Efeitos de um treino aeróbio em doentes em programa de hemodiálise. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança. Disponível em:
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8075/1/Trabalho%20de%20Projeto%20-%20T%C3%A2nia%20Sousa.pdf>
- Stevens, K. A. (2011). Eliminação e continência urinária. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 351-385). Loures: Lusodidacta.
- Taylor, A., Bell, J. & Lough, F. (2008). Cardiac rehabilitation and secondary prevention. In J. A. Pryor & S. A. Prasad (Ed.). *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems: adults and paediatrics*, (pp. 470-494). China: Elsevier.
- Teles, P. (Coord) (2006). *Guia – Acessibilidade e mobilidade para todos: Apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto*. Porto: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Acedido em: 23-11-2017. Disponível em:
<http://www.inr.pt/uploads/docs/acessibilidade/GuiaAcessEmobi.pdf>
- Umphred, D. A., Byl, N. N., Lazaro, R. T. & Roller, M. L. (2010). Intervenções em pacientes com limitações do movimento. In D. A. Umphred (Ed.). *Reabilitação neurológica* (pp. 153-234). São Paulo: Rio de Janeiro.

- Vale, M. C. (2009). Classificação internacional de funcionalidade (CIF): conceitos, preconceitos e paradigmas. Contributo de um construto para o percurso real em meio natural de vida. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(5), 229-234.
- Videira, R. M., Saraiva, M. & Gonçalves, C. (2014). Benefícios do exercício físico na doença renal crónica. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Disponível no RCAAP.
<http://hdl.handle.net/10400.26/16370>
- Vieira, L. F. L. (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Revista Envelhecimento e Inovação*, 2(2). Acedido 05-11-2016. Disponível em:
<http://associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume2-edicao2abril2013/capacidade-funcional/>.
- Wegrzynowska-Teodorczyk, K., Rudzinska, E., Lazarczyk, M., Nowakowska, K., Banasiak, W., Ponikowski, P. ... Jankowska, E. A. (2013). Distance covered during six-minute walk test predicts long-term cardiovascular mortality and hospitalization rates in men with systolic heart failure: an observational study. *Journal of Physiotherapy*, 59, 177-187.
doi: 10.1016/S1836-9553(13)70182-6
- Yáñez-Brage, I., Pita-Fernández, S., Juffé-Stein, A., Martínez-González, U., Pértega-Díaz, S. & Mauleón-García, A. (2009). Respiratory physiotherapy and incidence of pulmonary complications in off-pump coronary artery bypass graft surgery: an observational follow-up study. *BMC Pulmonary Medicine*, 9(1), 1-10.
doi: 10.1186/1471-2466-9-36

APÊNDICES

APÊNDICE I

DOCUMENTO ORIENTADOR PARA A ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE ER EM CARDIOLOGIA

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com relatório

Registo Eletrónico da Intervenção do
Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação

Elaborado por:
Ricardo Fernandes (nº 6693)

Professora Orientadora:
Professora Doutora Fátima Marques

2016



Introdução

No decurso do ensino clínico do 7º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi-me proposto a elaboração de um documento que tornasse mais célere o registo dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação e simultaneamente, lhe desse maior visibilidade ao ser integrado no sistema eletrónico de registo implementado e de acordo com o padrão nacional único (PNU).

Foi realizada primariamente, uma pesquisa pelos focos de intervenção do PNU que se encontravam parametrizados para o serviço de cardiologia com a finalidade de identificar aqueles que serviriam para realizar o registo das intervenções realizadas pelo EEER.

Desta forma, o presente documento numa primeira parte apresenta os diagnósticos de enfermagem que possuem intervenções que permitem registar a intervenção realizada. Num segundo momento os diagnósticos foram organizados e estruturados de acordo com as situações mais frequentes. As intervenções nele apresentadas resultam das intervenções actualmente parametrizadas no serviço de cardiologia conjuntamente com as sugeridas pela mesa do colégio de enfermagem da especialidade de reabilitação no seu padrão de documentação.

Essa organização pretende exprimir a complexidade das situações abordadas e a reflexão necessária enquanto estudante da especialidade de enfermagem de reabilitação e futuro EEER. De realçar ainda, que estes diagnósticos identificados não esgotam a multiplicidade das situações, nem as intervenções selecionadas espelham a totalidade da intervenção do EEER.

Este documento constitui-se um guia organizador dos diagnósticos de enfermagem existentes que suportam o registo das intervenções de enfermagem do EEER, permitindo através de um registo eletrónico e uniformizado, contribuir para a valorização e reconhecimento da sua prática e ainda possibilitar a constante atualização da parametrização do sistema informático em utilização.

Nota: As intervenções descritas sem marcação de texto são sugestão da mesa do colégio da especialidade de reabilitação. As intervenções em *itálico* estão presentes na parametrização do serviço. As intervenções assinaladas com * estão disponíveis em ambas.

Diagnósticos de Enfermagem existentes na área de intervenção do EEER

- Adesão ao regime terapêutico ou Gestão do regime terapêutico

Conhecimento sobre o regime terapêutico não demonstrado:

- Instruir sobre adesão ao regime terapêutico (controlo dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV), toma de terapêutica correta, prática de EF);
- Instruir sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico;
- Informar sobre serviços de saúde (referenciação à consulta de reabilitação cardíaca, para integrar fase II do programa de RC)

- Afasia (seleccionar de acordo com a situação específica)

Afasia (...) presente

- Vigiar afasia;
- Vigiar / Gerir a comunicação;
- Gerir o ambiente físico;
- Providenciar estratégias / materiais de comunicação;

- Andar com auxiliar de marcha

Dependência em grau reduzido / moderado / elevado

- Advogar o uso de auxiliar de marcha;
- Vigiar a pessoa a andar com auxiliar de marcha;*
- Treinar pessoa a andar com auxiliar de marcha (registar alterações da marcha);*
- Avaliar o andar com auxiliar de marcha;
- Incentivar o andar com auxiliar de marcha;
- Informar sobre auxiliar de marcha;
- Orientar a pessoa no andar com auxiliar de marcha;
- Orientar no uso de dispositivo auxiliar para andar;
- Planear o andar com auxiliar de marcha com a pessoa;
- Providenciar auxiliar de marcha para andar;

- Providenciar material educativo sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;
- Providenciar material educativo sobre auxiliar de marcha para andar;
- Providenciar material educativo sobre técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha;
- *Supervisionar a pessoa no andar com auxiliar de marcha.*

- Auto Cuidados

Nota: Apesar destes diagnósticos serem utilizados no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem gerais, possuem intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação que podem ser instituídas no que diz respeito à implementação de estratégias no treino dos autocuidados ou à utilização de equipamentos adaptativos;

- Advogar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Avaliar o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Incentivar o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Informar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;- Orientar a pessoa no autocuidado: arranjar-se / beber;
- Orientar a pessoa no autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Orientar no uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Planear o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário com a pessoa;
- Providenciar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Providenciar material educativo sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: despir-se / ir ao sanitário;
- Providenciar material educativo sobre técnica de adaptação para o autocuidado:

despir-se / comer / ir ao sanitário;

- Providenciar material educativo sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene / arranjar-se / ir ao sanitário;

- Supervisionar a pessoa no autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar técnica de adaptação para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Instruir para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Instruir para usar técnica de adaptação para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Treinar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Treinar o uso de técnica de adaptação para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Conhecimento

Conhecimento sobre pós-operatório não demonstrado

- *Instruir sobre cirurgia pós-operatório* (explicar de forma sumária o que consiste a cirurgia a realizar, referir o percurso da pessoa no dia da cirurgia, como e o que irá encontrar após o efeito anestésico e como colaborar no seu processo terapêutico).

- *Validar conhecimento sobre pós-operatório;*

- Deglutição

Deglutição comprometida (utilização de instrumento de avaliação da deglutição como a escala de GUSS)

- Otimizar o posicionamento;*
- *Vigiar reflexo de deglutição* (registar reação da pessoa);
- Executar técnica de deglutição (adaptar medidas compensatórias, aos défices identificados previamente, como alteração dos pares cranianos);
- Gerir dieta;
- Planear dieta;
- Providenciar material educativo sobre deglutição;
- Supervisionar reflexo de deglutição;

Conhecimento sobre técnica de deglutição não demonstrado

- Avaliar o conhecimento sobre técnica compensatória de consistência;
- Avaliar o conhecimento sobre técnica de deglutição;
- Avaliar o conhecimento sobre técnica sensorial compensatória da deglutição;
- Avaliar o conhecimento sobre postural compensatória da deglutição;
- Ensinar sobre técnica compensatória de consistência;
- Ensinar sobre técnica de deglutição;

- Equilíbrio Corporal

Equilíbrio Corporal comprometido

- *Vigiar equilíbrio corporal*;
- Promover estratégias de compensação de equilíbrio;
- Assistir na técnica de treino de equilíbrio*;
- Estimular a pessoa a manter equilíbrio corporal;
- Executar técnica de treino de equilíbrio*;
- Monitorizar equilíbrio corporal através de escala (a definir);
- Orientar a pessoa na técnica de treino de equilíbrio*;
- Supervisionar o equilíbrio corporal;
- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar técnica de treino de equilíbrio;
- Instruir para usar técnica de treino de equilíbrio;
- Treinar o uso de técnica de treino de equilíbrio;

- Espasticidade

Espasticidade presente

- Aplicar envolvimento frio;
- Monitorizar espasticidade através de escala a definir (foi utilizada escala de Ashworth);
- Aplicar tala de Margareth Jonhston;
- Executar técnica de posicionamento [em padrão anti-espástico];*
- Executar técnica de exercício muscular e articular passiva;*
- Executar técnica de massagem;
- Executar técnica de relaxamento;
- Incentivar a pessoa a executar os exercícios muscular articulares ativos;*
- Remover tala de Margareth Jonhston;

- Intolerância à atividade

Intolerância à atividade presente

- Validar conhecimento sobre atividade física*;
- Planear a atividade física* (ter em consideração a tolerância da pessoa ou o nível de atividade física preconizado pelo programa de RC fase I, de acordo com o nº de dias após EAM)
- Instruir sobre atividade física (descrever especificamente os exercícios instruídos e a reação da pessoa);
- Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação conservação de energia;
- Ensinar sobre técnica de adaptação de conservação de energia;
- Instruir sobre estratégias de conservação de energia (utilização de posicionamentos/posturas promotoras de conservar energia, ou coordenar os exercícios com os tempos respiratórios, realizando o exercício na expiração);
- Ensinar sobre hábitos de exercício;
- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar técnica de adaptação de conservação de energia;
- Instruir para usar técnica de adaptação de conservação de energia;
- Treinar no uso da técnica de adaptação de sobre conservação de energia
- Supervisionar resposta ao exercício;

- *Monitorizar frequência cardíaca antes e depois da atividade* (instruído palpação de pulso radial para avaliar características e suspender exercício se detetada disritmia ou taquicárdia)
 - Informar sobre equipamento adaptativo para o exercício;
 - Providenciar equipamento;
- Levantar-se

Conhecimento sobre levantar-se no pós-operatório não demonstrado

- *Treinar a levantar-se* (Elevação ligeira da cabeceira, colocar-se em decúbito lateral para o lado de saída na cama, apoiar o cotovelo do lado que vai levantar-se, deslocação dos membros inferiores para fora da cama, e finalmente utilizar o cotovelo de apoio até ficar sentado na cama) **Treinar o deitar-se pela ordem inversa.**

- Limpeza das vias aéreas

Conhecimento sobre técnicas respiratórias não demonstrado

- Auscultar tórax (no início e no fim das técnicas respiratórias);
- Vigiar a respiração (caracterizar o padrão respiratório);
- Instruir técnica respiratória (descrever técnica realizada, cumprimento e reação da pessoa à mesma);
- Assistir nas técnicas respiratórias ou executar técnicas respiratórias (escolher caso a pessoa não tenha capacidade);
- Otimizar a ventilação através da técnica de posicionamento;
- Outras intervenções que possam ser utilizadas (gerir dispositivo respiratório; gerir regime medicamentoso; Aspirar secreções; gerir a ingestão de líquidos);

- Movimento articular

Movimento articular alterado (descrever em que movimentos foram identificadas limitações da amplitude articular)

- *Vigiar movimento articular* (descrever limitação do movimento, presença de dor e de força);

- *Monitorizar amplitude de movimento articular* (se existir limitação, realizar monitorização da amplitude com goniómetro);
 - *Executar técnica de excitação musculartoarticular passiva*;
 - *Assistir a pessoa na técnica de excitação musculartoarticular activa*;
 - *Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculartoarticulares activa*;
- Movimento muscular (a OE propõe englobar neste foco também o movimento articular descrito anteriormente de forma isolada)

Movimento muscular alterado

- Vigiar / supervisionar movimento muscular* (registar se em algum segmento corporal hipotonia, rigidez ...);
 - Monitorizar força muscular através da escala a definir;
 - Monitorizar força muscular através de dinamómetro;
 - Executar técnica de excitação musculartoarticular passiva* **ou**
 - Assistir a pessoa na técnica de excitação musculartoarticular activa* (referir que articulações e movimentos foram realizados);
 - Supervisar exercícios musculartoarticulares ativos*;
- Parésia

Parésia presente (descrever alterações identificadas utilizando escala de Lower)

- Vigiar parésia;
- Vigiar / supervisionar movimento muscular*;
- Executar técnica de excitação musculartoarticular passiva* **ou**
- Assistir a pessoa na técnica de excitação musculartoarticular activa* (referir que articulações e movimentos foram realizados);
- Assistir nas atividades terapêuticas (rolar na cama, treino da posição de ponte, automobilizações);

Parésia da face presente

- Aplicar frio;
- Assistir técnica de exercício muscular e articular ativo;

- Avaliar a capacidade de mastigar;
- Dar dispositivo [espelho] à pessoa;
- Executar técnica de massagem;
- Gerir dieta;
- Incentivar a pessoa para mastigar;
- Vigiar a parésia;
- Supervisionar a pessoa no mastigar;

- Posicionar-se

Dependência em grau moderado / elevado ou Conhecimento sobre posicionar-se não demonstrado (necessidade de posicionamento terapêutico)

- Vigiar posicionamento (posicionamento terapêutico, prevenindo a instalação da espasticidade); **OU**
- Posicionar a pessoa (com o mesmo objetivo);
- Assistir a pessoa no posicionamento;

- Tossir

Conhecimento sobre técnica de tosse não demonstrado

- Auscultar tórax;
- Executar técnica de relaxamento (por exemplo, respiração diafragmática);
- Instruir a técnica de tosse (instrução de contenção de sutura operatória, ou realização de técnica de tosse dirigida modificada - “huff”)

Tossir Ineficaz

- Auscultar tórax;
- Vigiar a tosse;
- Vigiar reflexo de tosse;

- Transferir-se

Conhecimento sobre técnica de transferência não demonstrado

- Vigiar a pessoa a transferir-se; (descrever que tipo de transferência ocorreu, e a ação da pessoa no decorrer desta)

- Assistir a pessoa na transferência (Ex: para cadeira de rodas, para cadeira sanitária, para a cama, para o cadeirão...)
- Transferir a pessoa (Ex: para cadeira de rodas, para cadeira sanitária, para a cama, para o cadeirão...)
- Instruir a pessoa / família sobre técnica de transferência;
- Informar sobre equipamento adaptativo para a transferência;
- Treinar uso de equipamento adaptativo para o transferir-se;

A OE propõe adicionalmente:

- Advogar o uso de dispositivo auxiliar para transferir-se;
- Avaliar a pessoa a transferir-se;
- Incentivar a transferir-se;
- Informar sobre dispositivo auxiliar para transferir-se;
- Orientar a pessoa para transferir-se;
- Orientar no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se;
- Planejar o transferir;
- Providenciar dispositivo auxiliar para a pessoa transferir-se;
- Providenciar material educativo sobre adaptação do domicílio para transferir-se;
- Providenciar material educativo sobre dispositivo auxiliar para transferir-se;
- Providenciar material educativo sobre técnica de adaptação para transferir-se;
- Supervisionar a pessoa a transferir-se;
- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar dispositivo auxiliar para transferir-se;
- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar técnica de adaptação para transferir-se;
- Instruir para usar dispositivo auxiliar para transferir-se;
- Instruir para usar da técnica de adaptação para transferir-se;
- Treinar no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se;
- Treinar no uso de técnica de adaptação para transferir-se;

- Uso de tabaco

Conhecimento sobre desvantagens do uso do tabaco não demonstrado

- Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco (alteração de comportamentos nocivos à saúde no âmbito do programa de reabilitação cardíaca);
- Validar conhecimentos sobre desvantagens do uso do tabaco;
- Vigiar uso de tabaco (se se justificar)

Intervenção do EEER à pessoa que será submetida a cirurgia cardíaca

- Conhecimento

Conhecimento sobre pós-operatório não demonstrado

- Instruir sobre cirurgia pós-operatório (explicar de forma sumária o que consiste a cirurgia a realizar, referir o percurso da pessoa no dia da cirurgia, como e o que irá encontrar após o efeito anestésico e como colaborar no seu processo terapêutico).
- Validar conhecimento sobre pós-operatório;

- Levantar-se

Conhecimento sobre levantar-se no pós operatório não demonstrado

- Treinar a levantar-se (Elevação ligeira da cabeceira, colocar-se em decúbito lateral para o lado de saída na cama, apoiar o cotovelo do lado que vai levantar-se, deslocação dos membros inferiores para fora da cama, e finalmente utilizar o cotovelo de apoio até ficar sentado na cama) **Treinar o deitar-se pela ordem inversa.**

- Limpeza das vias aéreas

Conhecimento sobre técnicas respiratórias não demonstrado

- Auscultar tórax (no início e no fim das técnicas respiratórias);
- Vigiar a respiração (caracterizar o padrão respiratório);
- Instruir técnica respiratória (descrever técnica realizada, cumprimento e reação da pessoa à mesma);
- Assistir nas técnicas respiratórias **ou** executar técnicas respiratórias (escolher caso a pessoa não tenha capacidade);
- Otimizar a ventilação através da técnica de posicionamento;

- Tossir

Conhecimento sobre técnica de tosse não demonstrado

- Auscultar tórax;

- Executar técnica de relaxamento (por exemplo, respiração diafragmática);
- Instruir a técnica de tosse (instrução de contenção de sutura operatória, ou realização de técnica de tosse dirigida modificada - "huff")

Intervenção do EEER à pessoa com EAM na fase I do Programa de Reabilitação Cardíaca

- Adesão ao regime terapêutico ou Gestão do regime terapêutico

Conhecimento sobre o regime terapêutico não demonstrado:

- Instruir sobre adesão ao regime terapêutico (controlo dos FRCV, toma de terapêutica correta, prática de EF);
- Instruir sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico;
- Informar sobre serviços de saúde (referenciação à consulta de reabilitação cardíaca, para integrar fase II do programa de RC)

- Intolerância à atividade

Intolerância à atividade presente

- Validar conhecimento sobre atividade física*;
 - Planear a atividade física* (ter em consideração a tolerância da pessoa ou o nível de atividade física preconizado pelo programa de RC fase I, de acordo com o nº de dias após EAM)
 - Instruir sobre atividade física (descrever especificamente os exercícios instruídos e a reação da pessoa);
 - Avaliar o conhecimento sobre técnica de adaptação conservação de energia;
 - Ensinar sobre técnica de adaptação de conservação de energia;
 - Instruir sobre estratégias de conservação de energia (utilização de posicionamentos/posturas promotoras de conservar energia, ou coordenar os exercícios com os tempos respiratórios, realizando o exercício na expiração);
- Ensinar sobre hábitos de exercício;
- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar técnica de adaptação de conservação de energia;
 - Instruir para usar técnica de adaptação de conservação de energia;
 - Treinar no uso da técnica de adaptação de sobre conservação de energia
 - Supervisionar resposta ao exercício;

- *Monitorizar frequência cardíaca antes e depois da atividade* (instruído palpação de pulso radial para avaliar características e suspender exercício se detetada disritmia ou taquicárdia)
- Informar sobre equipamento adaptativo para o exercício;
- Providenciar equipamento;
- Uso de tabaco (se aplicável)

Conhecimento sobre desvantagens do uso do tabaco não demonstrado

- Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco (alteração de comportamentos nocivos à saúde no âmbito do programa de reabilitação cardíaca);
- Validar conhecimentos sobre desvantagens do uso do tabaco;
- Vigiar uso de tabaco (se se justificar);

Intervenção do EEER na pessoa com doença cardíaca a alterações da mobilidade

- Andar com auxiliar de marcha

Dependência em grau reduzido / moderado / elevado

- Advogar o uso de auxiliar de marcha;
- Vigiar a pessoa a andar com auxiliar de marcha;*
- Treinar pessoa a andar com auxiliar de marcha (registrar alterações da marcha);*
- Avaliar o andar com auxiliar de marcha;
- Incentivar o andar com auxiliar de marcha;
- Informar sobre auxiliar de marcha;
- Orientar a pessoa no andar com auxiliar de marcha;
- Orientar no uso de dispositivo auxiliar para andar;
- Planejar o andar com auxiliar de marcha com a pessoa;
- Providenciar auxiliar de marcha para andar;
- Providenciar material educativo sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha;
- Providenciar material educativo sobre auxiliar de marcha para andar;
- Providenciar material educativo sobre técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha;
- *Supervisionar a pessoa no andar com auxiliar de marcha.*

- Auto Cuidados

Nota: Apesar destes diagnósticos serem utilizados no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem gerais, possuem intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação que podem ser instituídas no que diz respeito à implementação de estratégias no treino dos autocuidados ou à utilização de equipamentos adaptativos;

- Advogar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Avaliar o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;
- Incentivar o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer /

beber / ir ao sanitário;

- Informar sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;- Orientar a pessoa no autocuidado: arranjar-se / beber;

- Orientar a pessoa no autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Orientar no uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Planejar o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário com a pessoa;

- Providenciar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Providenciar material educativo sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: despir-se / ir ao sanitário;

- Providenciar material educativo sobre técnica de adaptação para o autocuidado: despir-se / comer / ir ao sanitário;

- Providenciar material educativo sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: higiene / arranjar-se / ir ao sanitário;

- Supervisionar a pessoa no autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar técnica de adaptação para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Instruir para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Instruir para usar técnica de adaptação para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Treinar o uso de dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Treinar o uso de técnica de adaptação para o autocuidado: higiene / vestir-se / despir-se / arranjar-se / comer / beber / ir ao sanitário;

- Equilíbrio Corporal

Equilíbrio Corporal comprometido

- *Vigiar equilíbrio corporal;*
- Promover estratégias de compensação de equilíbrio;
- Assistir na técnica de treino de equilíbrio*;
- Estimular a pessoa a manter equilíbrio corporal;
- Executar técnica de treino de equilíbrio*;
- Monitorizar equilíbrio corporal através de escala (a definir);
- Orientar a pessoa na técnica de treino de equilíbrio*;
- Supervisionar o equilíbrio corporal;
- Avaliar a aprendizagem de capacidades para usar técnica de treino de equilíbrio;
- Instruir para usar técnica de treino de equilíbrio;
- Treinar o uso de técnica de treino de equilíbrio;

- Movimento articular

Movimento articular alterado (descrever em que movimentos foram identificadas limitações da amplitude articular)

- *Vigiar movimento articular* (descrever limitação do movimento, presença de dor e de força);
- *Monitorizar amplitude de movimento articular* (se existir limitação, realizar monitorização da amplitude com goniómetro);
- *Executar técnica de exercício musculoarticular passiva;*
- *Assistir a pessoa na técnica de exercício musculoarticular activa;*
- *Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoarticulares activa;*

- Movimento muscular (a OE propõe englobar neste foco também o movimento articular descrito anteriormente de forma isolada)

Movimento muscular alterado

- Vigiar / supervisionar movimento muscular* (registar se em algum segmento corporal hipotonia, rigidez ...);
- Monitorizar força muscular através da escala a definir;
- Monitorizar força muscular através de dinamómetro;
- Executar técnica de excitação musculoarticular passiva* **ou**
- Assistir a pessoa na técnica de excitação musculoarticular ativa* (referir que articulações e movimentos foram realizados);
- Supervisar exercícios musculoarticulares ativos*;

APÊNDICE II

Reflexão sobre aprendizagens decorrentes das atividades de formação

Reflexão sobre aprendizagens decorrentes das atividades de formação

O percurso iniciado no começo do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação trouxe-me de regresso a um contexto de necessidade de novas aprendizagens e de novas oportunidades para o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro.

Os conteúdos lecionados decorrentes do curso de mestrado, pela sua abrangência proporcionaram uma visão global das múltiplas possibilidades da intervenção do EEER, em diferentes contextos. Como forma de aprofundar e complementar o meu conhecimento, quer na generalidade, quer na minha área de interesse, motivou a presença em alguns eventos, no âmbito da intervenção do EEER e/ou no contexto da cardiologia.

Nas sessões assistidas foram, de uma forma transversal, apresentados trabalhos e intervenções do EEER que no seu contexto, demonstram a sua prática profissional. Essas apresentações serviram como exemplo, contribuindo de inspiração para prosseguir o meu desenvolvimento como EEER, extraindo o que de bom estas participações me possibilitaram, servindo de sementes para o que me falta percorrer.

No entanto, se no início desta caminhada tudo era novidade e absorvido com grande avidez, atualmente no final deste processo formativo, tenho consciência que me encontro capaz de ser crítico ao que me apresentam, questionando as opções tomadas.

Isto permitirá poder extrair o que de bom os nossos pares realizam, para poder replicar em diferentes contextos, e de igualmente forma corrigir as eventuais dificuldades e obstáculos, manifestados por quem já percorreu esse trajeto.

Tendo realizado parte do meu EC num serviço de cardiologia onde tem instituído um programa de RC foi natural o meu interesse por temáticas onde foram abordados e mobilizados conceitos em torno dos mesmos. Quanto aos programas de RC, são semelhantes, quer nos componentes dos mesmos, quer nos princípios onde são baseados, o que me leva a refletir que a prática do EEER no programa de RC se encontra alinhada com o melhor conhecimento científico disponível.

A pessoa com doença respiratória também foi uma temática bastante debatida nestes eventos e que eu mobilizei nos dois contextos do meu EC. Quer ao

nível hospitalar, quer ao nível da comunidade a RFR e a tolerância e a reeducação ao esforço foram domínios necessariamente trabalhados e desenvolvidos, e que farão parte constante da minha preocupação após terminar este capítulo da minha formação académica.

Os outros assuntos abordados apesar de não se enquadrarem na temática por mim desenvolvida no meu projeto, não deixaram de ser importantes e úteis ter conhecimento sobre os mesmos, nomeadamente as alterações na pessoa relacionadas com a deglutição, a eliminação ou cirurgia ortopédica.

Relativamente à temática da sexualidade e sua expressão não tive oportunidade de assistir a nenhuma apresentação. Penso ser uma área de grande potencial para o EEER e de grande benefício da pessoa afetada, mas ainda pouco explorada, possivelmente pela sensibilidade inerente ao contexto.

É de extrema importância ter conhecimento dos colegas que são referência na sua área, com os quais podemos contar e referenciar, se no decorrer da nossa prática de cuidados, nos depararmos com uma situação que sentimos que nos ultrapassa, ou n que não sejamos o melhor dos profissionais para responder.

Penso que esta configuração acaba por ser transversal ao desenvolvimento enquanto futuro EEER. Tirar aproveitamento para a minha aprendizagem das situações que se configuram como positivas, e consciencializarmo-nos da minha limitação enquanto profissional, constituem-se como elementos dinamizadores do meu desenvolvimento, neste momento como enfermeiro e estudante, e num futuro como próximo como EEER.

APÊNDICE III

PROCESSO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com relatório

Plano de Cuidados
Cardiologia

Elaborado por:
Ricardo Fernandes (nº 6693)

Professora Orientadora:
Professora Doutora Fátima Marques

2016



ÍNDICE

	Pág
1. DESCRIÇÃO CLÍNICA	4
1.1. Identificação do utente	4
1.2. História de vida anterior	4
1.3. Admissão na cardiologia – internamento	5
1.4. Índice de Barthel	6
1.5. Escala de avaliação da força muscular de Lower	6
1.6. Avaliação da sensibilidade	6
1.7. Avaliação dos pares cranianos	6
2. PLANO DE CUIDADOS	7

ANEXOS

ANEXO I – Escala DE BERG

ANEXO II – ÍNDICE DE BARTHEL

ANEXO III – Escala DE LOWER

ANEXO IV – Avaliação dos pares cranianos

SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

1. DESCRIÇÃO CLÍNICA

1.1. IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

Data de admissão: 12/09/2016

Data de avaliação: 28/09/2016

Nome: C.L.

Data de nascimento: 10/06/1946 (70 anos)

Estado civil: Casada

Habilitações Literárias/Profissão: 4º Ano / reformada, foi doméstica.

Habitação: Apartamento próprio com 3 assoalhadas na zona de Santa Iria.

Agregado Familiar: reside com o marido com 73 anos de idade e com o filho.

1.2. HISTÓRIA DE VIDA ANTERIOR

Atividades de vida diária: Apesar de autónoma e independente nas AVD e AIVD, referia sair pouco de casa, saindo apenas quando estritamente necessário.

Antecedentes de saúde: Hipertensão arterial, hipotireoidismo e depressão major.

Terapêutica de ambulatório

Medicamento	Horário				
	Jejum	Peq. Alm	Almoço	Jantar	Ceia
Sertralina 100mg		1			
Donepezilo 5mg		1			
Mirtazapina 15mg					1

História do internamento atual: A 6/09/2016, recorreu ao serviço de urgência do hospital da área de residência por dor no membro superior esquerdo, tendo tido alta sem ser definido um diagnóstico. A 12/09/2016 recorreu novamente ao serviço de urgência por crise convulsiva, no contexto de EAM e foi transferida para a UCIC deste hospital.

A 13/09/2016 por apresentar bloqueio auriculoventricular completo tem necessidade de colocação de eletrocateter e realiza no dia seguinte, cateterismo cardíaco, realizando angioplastia da artéria descendente anterior, segmento proximal, com colocação de stent revestido.

No dia 16/09/2016, aquando da remoção do eletrocateter, ocorreu rutura do ventrículo direito seguido de tamponamento cardíaco, levando à necessidade de realizar cirurgia cardíaca de urgência. Permaneceu na UCIC até dia 23/09 altura em que é transferida para a enfermaria de cardiologia.

1.3. ADMISSÃO NA CARDIOLOGIA – ENFERMARIA (23/09/2016)

Data de 1ª avaliação: 28/09/2016

Na passagem de turno da noite para a manhã, descrever a Srª Dona C.L. como uma pessoa que necessitava de ajuda nas AVD, confusa, desorientada, com períodos de agressividade verbal e física, essencialmente aquando à chegada à enfermaria. Foi por vezes imobilizada dos membros superiores.

No primeiro contacto a Srª Dona C.L. estava consciente, orientada auto e alopsiquicamente. Cumpria ordens simples. Ainda no leito verificou-se ter força 5/5 em todos os segmentos corporais, apresentando limitação na amplitude articular escapulo-umeral nos movimentos de abdução e de extensão para além dos 60º pela sutura operatória esternal. Apresenta desequilíbrio em pé estático e dinâmico, mantidos (escala de Berg - Anexo I). Na avaliação respiratória, constatou-se que a Srª Dona C.L. apresenta uma respiração mista com amplitude média e simetria torácica. Não apresenta tosse ou expectoração. Na auscultação está presente murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares, não se auscultando qualquer ruído adventício.

Sinais Vitais: TA: 121/75mmHg; FC: 66bpm; FR: 18 C/min, SpO2: 98%; Dor: 0

Perceção da situação pela pessoa: A pessoa expressou tristeza pela situação em que se encontra e com a sua recuperação, que será gradual. Apesar de não ter sido aplicado formal um instrumento validado para avaliação de depressão, apresenta várias respostas contidas nestes instrumentos positivas para depressão.

Perceção da situação pela família: Tanto marido como filho têm noção da situação que o seu familiar passou, das limitações que lhe trouxe e do processo de reabilitação necessário.

1.4. ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa na realização de 10 atividades básicas de vida diária. A Sr^a. C.L. foi avaliada com a soma do **índice 40** representando um grau de dependência Moderado. (Anexo II)

Resultado	Grau de dependência
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

1.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE LOWER

A Escala de avaliação da força muscular de Lower pretende avaliar a força muscular, a partir da palpação da unidade músculo-tendinosa durante o movimento, verificação da amplitude de movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, avaliada de 0 a 5 sendo 5 o valor mais elevado (Anexo III).

1.6. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

A sensibilidade foi avaliada em todos os segmentos corporais, do distal para o proximal, bilateralmente e com os olhos fechados. Na sensibilidade superficial foi avaliada a sensibilidade tátil com recurso a uma compressa, a sensibilidade térmica com recurso a um copo de vidro com água fria e quente, e a sensibilidade dolorosa utilizando uma espátula de madeira partida. Não se verificou qualquer alteração da sensibilidade superficial ou profunda.

1.7. AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

A avaliação neurológica dos pares cranianos é feita de forma sistematizada através de técnicas específicas que permitem a deteção de alterações do foro neurológico (Anexo IV).

O processo de enfermagem permite orientar a prática dos cuidados de enfermagem à pessoa/família, de forma a assisti-lo no desempenho de atividades que contribuam para a promoção e recuperação da saúde.

2- PLANO DE CUIDADOS

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
28/09	Compromisso da mobilidade e equilíbrio relacionado com cirurgia cardíaca e internamento prolongado manifestado por força 4/5 em todos os segmentos corporais segundo a escala de Lower, mau equilíbrio segundo a escala de Berg e dependência	Que até ao final do internamento, a pessoa consiga atingir força 5/5, em todos os segmentos corporais, e aumente a sua amplitude articular, melhore o equilíbrio em pé, estático e dinâmico, e aumente a sua	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/Fazer - Ensinar - Apoio físico e psicológico 	<p>Sistema parcialmente compensatório e Apoio – Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico (diminuir focos de distração) - Instruir e treinar técnica de exercício muscular articular activa da cabeça e pescoço, através dos movimentos de flexão-extensão e flexão bilateral - Instruir e treinar técnica de exercício muscular articular activa resistida nos diferentes segmentos corporais: escápulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos; coxo-femoral, joelho, tibio-társica e dedos, através dos movimentos de flexão-extensão 	<p>28/09</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foi aplicada a escala de Lower para avaliação da força muscular em todos os segmentos apresentando força 4/5. - Apresentava controlo de movimentos e mobiliza ativamente todos os segmentos, executando técnica de exercícios músculo articulares com necessidade de correção do movimento. - Relativamente ao levantar necessita de continuação de treino do mesmo para que esta se realize mais eficiente e segura - Foi aplicado a escala de Berg, apresentando mau equilíbrio, se retirados os apoios.

	moderada pelo índice de Barthel (40 pontos).	independência nas atividades de higiene pessoal, vestir/despir, andar e de eliminação		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar técnica de levantar usando o cotovelo do lado que se pretende levantar como alavanca à medida que apoia a mão do membro superior contrário no plano da cama para lentamente e pausadamente efectuar o movimento de levantar. Depois de ficar sentada na cama, colocar-se o mais à beira possível de modo a colocar ambos os pés bem assentes no chão, só depois efectuar o movimento de pôr-se de pé. - Instruir e treinar o equilíbrio em pé estático com recurso a andarilho (com apoio bipodal e unipodal) - Instruir e treinar treino de marcha, com recurso a andarilho e apoio bilateral - Elogiar resultados obtidos. 	- Apresentou capacidade para realizar marcha cerca de 2 metros antes de ter necessidade de se sentar.
--	--	---	--	--	---

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
28/09	Alteração do padrão respiratório (respiração de predomínio torácico, superficial e taquipneia) e da dinâmica costal, relacionado com cirurgia cardíaca manifestado com limitação articular escapulo-umeral e expansão torácica.	Que a até ao final do internamento a pessoa melhore a sua capacidade ventilatória, adquirindo um padrão respiratório mais eficiente (eupneia, respiração calma e profunda de predomínio diafragmática), prevenindo complicações.	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/Fazer - Guiar/ Orientar - Ensinar - Apoio físico e psicológico 	Sistema parcialmente compensatório e Apoio-Educação <ul style="list-style-type: none"> - Auscultar o torác - Instruir e treinar técnicas respiratórias: Dissociação dos tempos respiratórios, Respiração abdomino- diagramática Reeducação costal seletiva Reeducação abdomino-diafragmática – hemicupulas - Instruir e treinar sobre técnica da tosse [com contenção da sutura] - Auscultar o torác. 	28/09 e 29/09 <ul style="list-style-type: none"> - A pessoa apresentou facilidade em realizar a dissociação dos tempos respiratórios. - Necessita de treino para melhorar a respiração abdomino-diafragmática, para que a possa realizar sem supervisão. - Realiza contenção da sutura aquando de tosse ou mobilização no leito. - No final de cada sessão, apresenta murmúrio vesicular em todos os campos pulmonares.

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados esperados	Métodos de Ajuda	Tipos de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
28/09/2016	Défice de autocuidado para alimentação, banho/higiene, vestir-se e eliminação vesical, relacionado com diminuição da força de todos os segmentos corporais manifestado desequilíbrio	Que no final do internamento a pessoa consiga realizar a sua higiene, vestir-se e usar o sanitário sem ajuda	<ul style="list-style-type: none"> -Agir/ Fazer -Guiar/ Orientar - Ensinar - Apoio físico e psicológico -Manter ambiente 	<p>Sistema parcialmente compensatório e Apoio- Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a pessoa a alimentar-se, reforçando a necessidade de o fazer para ter energia para realizar todas as restantes atividades do seu processo de reabilitação - Estimular a pessoa a realizar a sua higiene e a vestir-se, aproveitando estes momentos para promover o autocuidado e o ensino de técnicas de segurança e poupança de energia - Possibilitar a realização dessas atividades, dando o tempo necessário à execução das mesmas. - Incentivar a pessoa a tentar antecipar ida ao sanitário, prevenindo perda de urina, por não conseguir chegar a tempo ao WC. - Educar a família no sentido de deixar o seu familiar tentar realizar as suas 	<p>28/09/2016</p> <p>Foi efetuado treino de higiene, vestuário e alimentação com participação da pessoa, com necessidade de incentivo para a realização das mesmas.</p> <p>29/09</p> <p>Apresentou melhoria em relação a ontem. Manteve a dependência na higiene e vestuário mas apresentou maior destreza na execução das mesmas.</p> <p>Conseguiu alimentar-se de forma independente depois da disposição da comida no tabuleiro.</p> <p>Não apresentou períodos de incontinência urinária como anteriormente, por presença</p>

				atividades, substituindo-a apenas no que for incapaz de realizar. - Elogiar resultados obtidos.	constante a perguntar se queria ir ao WC.
--	--	--	--	---	--

Data Início	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Métodos de Ajuda	Tipo de sistema e Intervenções de Enfermagem	Data e Avaliação
29/09	Adesão ao regime terapêutico comprometido por depressão manifestado por renitência a iniciar atividades terapêuticas.	<ul style="list-style-type: none"> - Que até ao final do internamento a pessoa encontre motivação interna para desenvolver as atividades terapêuticas ensinadas - Que a família da pessoa seja uma fonte de motivação e compensação das dificuldades ainda não debeladas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agir/Fazer - Guiar/ Orientar - Ensinar - Apoio físico e psicológico 	<p>Sistema parcialmente compensatório e Apoio - Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a adesão ao regime terapêutico - Apoiar e encorajar a tomada de decisão - Motivar a pessoa para mobilizar os conhecimentos e técnicas ensinadas no internamento e assim continuar o seu processo de reabilitação. - Mobilizar a família para o processo terapêutico, possibilitando a continuação do mesmo. - Elogiar a realização de atividades e os pequenos progressos apresentados. 	<p>29/09 A pessoa mantém renitência em tomar a iniciativa no seu processo terapêutico, apesar de reconhecer ser importante.</p> <p>A família mostra-se atenta e tenta motivá-la.</p> <p>Não foi possível explorar pormenorizadamente os comportamentos de saúde adequados à gestão da doença cardíaca, por ter tido alta num período em que estive alguns dias consecutivos sem ir ao ensino clínico.</p>

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE BERG

Escala de Berg

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé: **0**
2. Ficar em pé sem apoio **0**
3. Sentado sem apoio **2**
4. Da posição de pé para a posição de sentado **1**
5. Transferências **1**
6. Ficar em pé com os olhos fechados **0**
7. Ficar em pé com os pés juntos **0**
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado **0**
9. Apanhar um objecto do chão **0**
10. Virar-se para olhar para trás **0**
11. Dar uma volta de 360 graus **0**
12. Colocar os pés alternadamente num degrau **0**
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro **0**
14. Ficar em pé sobre uma perna **0**

TOTAL : 4

0 a 20 - Mau equilíbrio

ANEXO II – INDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL

1. Alimentação

- Independente ☐ 10
Precisa de alguma ajuda (cortar os alimentos...) ☒ 5
Dependente ☐ 0

2. Transferências

- Independente ☐ 15
Precisa de alguma ajuda ☐ 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se ☒ 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado ☐ 0

3. Toalete

- Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes ☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda ☒ 0

4. Utilização do WC

- Independente ☐ 10
Precisa de alguma ajuda ☒ 5
Dependente ☐ 0

5. Banho

- Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira, sem ajuda) ☐ 5
Dependente, necessita de alguma ajuda ☒ 0

6. Mobilidade

- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão ☐ 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda ☒ 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ☐ 5
Imóvel ☐ 0

7. Subir e descer escadas

- Independente, com ou sem ajudas técnicas ☐ 10
Precisa de ajuda ☐ 5
Dependente ☒ 0

8. Vestir

- Independente ☐ 10
Com ajuda ☐ 5
Impossível ☒ 0

9. Controlo Intestinal

- Controla perfeitamente, sem acidentes, fazendo uso de supositório ou similares ☒ 10
Acidente ocasional ☐ 5
Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) ☐ 0

10. Controlo Urinário

- Controla perfeitamente, mesmo algaliado, sem a manejar de forma independente ☐ 10
Acidente ocasional (no máximo uma vez por semana) ☒ 5
Incontinente (ou algaliado, se não for capaz de manejar a algália) ☐ 0

Total 40

ANEXO III – ESCALA DE LOWER

Segmentos	Movimentos	1ª Avaliação Força Muscular		2ª Avaliação Força Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão	4		4	
	Extensão	4		4	
	Flexão lateral esquerdo	4		4	
	Flexão lateral direito	4		4	
Membro Superior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Escapulo- umeral	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Hiper-extensão	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4
	Rotação interna	4	4	4	4
	Rotação externa	4	4	4	4
	Elevação	4	4	4	4
	Depressão	4	4	4	4
Cotovelo	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
Antebraço	Pronação	4	4	4	4
	Supinação	4	4	4	4
Punho	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Desvio radial	4	4	4	4
	Desvio cubital	4	4	4	4
Dedos	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4
	Oponência do polegar	4	4	4	4
Membro inferior		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Coxofemoral	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4

	Rotação interna	4	4	4	4
	Rotação externa	4	4	4	4
Joelho	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
Tíbio Társica	Flexão plantar	4	4	4	4
	Flexão dorsal	4	4	4	4
	Inversão	4	4	4	4
	Eversão	4	4	4	4
Dedos	Flexão	4	4	4	4
	Extensão	4	4	4	4
	Adução	4	4	4	4
	Abdução	4	4	4	4

ANEXO IV – AVALIAÇÃO PARES
CRANIANOS

Avaliação dos pares cranianos		28/09	29/09
M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável			
I – Olfativo	Fechar os olhos e identificar odores (café)	M	M
II – Ótico	Para encerrar um dos olhos, avaliar campo visual (contagem de dedos)	M	M
III – Motor Ocular Comum IV – Patético VI- Motor Ocular Externo	Seguir o dedo do enfermeiro (desenha um H) Simetria dos movimentos oculares	M	M
V – Trigêmeo	Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa Reflexo córneo-palpebral Encerrar e mover a mandíbula bilateralmente	M	M
VII – Facial	Sorrir e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras Apagamento do sulco nasogeniano	M	M
VIII – Acústico	Acuidade auditiva de olhos fechados (identificar o som esfregar os dedos ou relógio) Equilíbrio estático e dinâmico (sentado com braços ao lado)	M	M
IX – Glossofaríngeo	Reconhecer sabores	M	M
X – Vago	Reflexo do vômito Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	M	M
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente	M	M

	contra resistência		
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua (Dta, Esq, propulsão anteroposterior)	M	M

ANEXOS

ANEXO I

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM RC

Estratificação do risco cardiovascular na RC

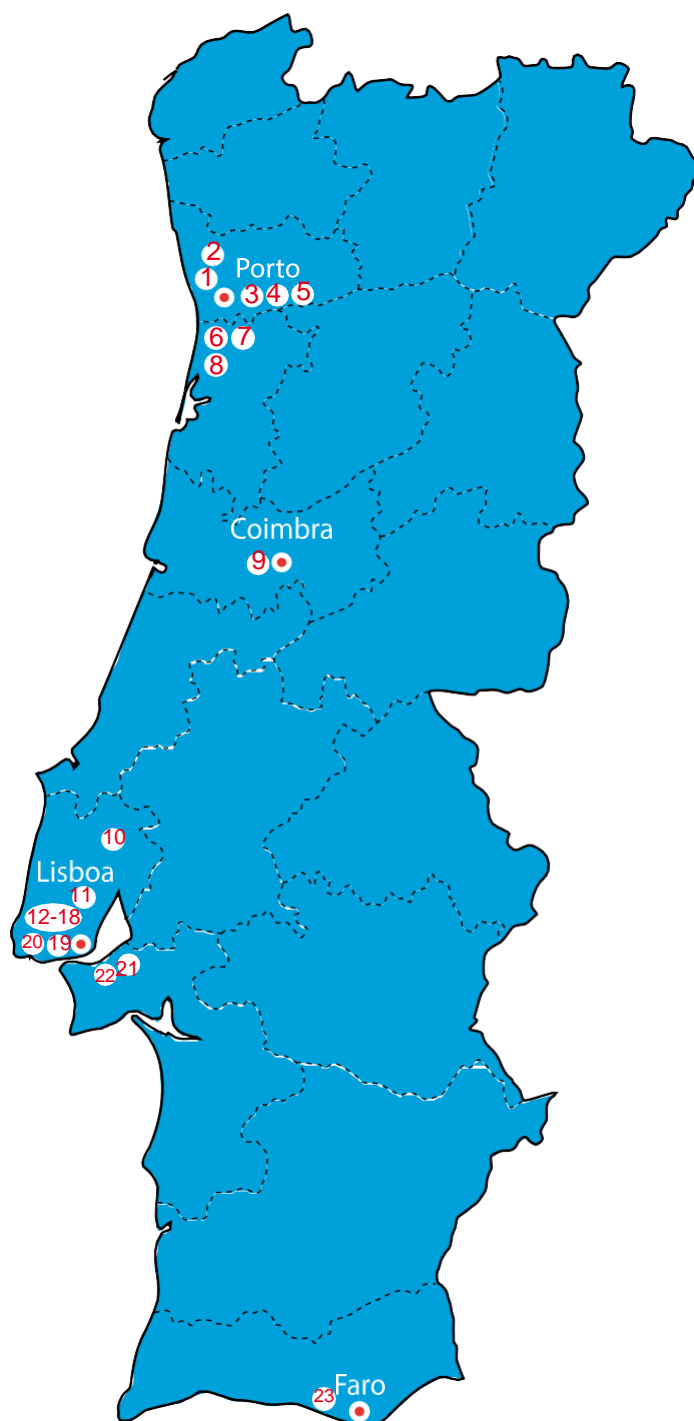
Risco	Durante o exercício	Sem exercício
Baixo (obrigatório todas presentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de arritmia ventricular durante o exercício ou recuperação; • Ausência de angina ou outro sintoma significativo; • Estabilidade hemodinâmica; • Capacidade funcional ≥ 7 MET 	<ul style="list-style-type: none"> • Fração de ejeção $\geq 50\%$; • Procedimento de revascularização ou EAM não complicado; • Ausência de arritmia ventricular em repouso; • Ausência de insuficiência cardíaca congestiva; • Ausência de sinais e sintomas pós-evento ou pós-procedimento de isquémia;
Moderado (basta estar presente 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas apenas com níveis elevados de esforço superiores a 7 METs); • Isquémia silenciosa suave a moderada em exercício ou recuperação (depressão ST < 2 mm); • Capacidade funcional < 5 MET; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fração de ejeção 40-49%;
Elevado (basta estar presente 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Disritmias ventriculares complexas; • Presença de angina ou outro sintoma significativo; • Isquémia silenciosa severa em exercício ou recuperação (depressão ST ≥ 2 mm); • Resposta hemodinâmica anormal com o esforço ou na recuperação (incompetência cronotrópica, resposta hipotensiva com o esforço); 	<ul style="list-style-type: none"> • Fração de ejeção $< 40\%$; • História de paragem cardíaca; • Disritmias complexas em repouso; • EAM ou procedimento de revascularização complicado • Presença de insuficiência cardíaca congestiva; • Presença de sinais e sintomas pós-evento ou pós-procedimento de isquémia; • Depressão;

Fonte: Traduzido de Williams M. A. (2001). Exercise testing in cardiac rehabilitation: Exercise prescription and beyond. *Cardiology Clinics*, 19(3), 415-431. citado por Pescatello et al (2013).

ANEXO II

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS CENTROS DE RC EM PORTUGAL

CENTROS DE REABILITAÇÃO CARDÍACA EM PORTUGAL



- 1 – Hospital Pedro Hispano, ULS Matosinhos EPE - Matosinhos
- 2 – FISIMAIA - Maia
- 3 – Hospital de Santo António / Centro Hospitalar do Porto - Porto
- 4 – Centro Hospitalar São João - Porto
- 5 – DIPROFISIO - Porto
- 6 – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho
- 7 – Clínica Fisiatria Dr.^a Maria do Carmo Aguiar Branco - Vila Nova de Gaia
- 8 – Hospital de São Sebastião / Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV) - FEIRA
- 9 – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (PROJETO) - COIMBRA
- 10 – Hospital de Vila Franca de Xira - Câmara Municipal de Vila Franca de Xira (Ginásio do União Desportiva Vilafranquense) - Vila Franca de Xira
- 11 – Hospital Beatriz Ângelo - LOURES
- 12 – Hospital das Forças Armadas - Pólo de Lisboa - LISBOA
- 13 – Hospital de Santa Marta - Centro Hospitalar Lisboa Central - LISBOA
- 14 – Clínica Dr. Dídio de Aguiar - LISBOA
- 15 – Hospital do SAMS do Sindicato dos bancários do sul e ilhas - LISBOA
- 16 – Hospital da Luz - LISBOA
- 17 – Hospital Pulido Valente / Centro Hospitalar Lisboa Norte - LISBOA
- 18 – Clínica das Conchas - LISBOA
- 19 – Instituto do Coração - Carnaxide - OEIRAS
- 20 – Clube Coronário de Lisboa da Faculdade de Motricidade Humana (CORLIS-FMH) - CRUZ QUEBRADA
- 21 – Hospital Garcia de Orta - ALMADA
- 22 – Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada, Monte de Caparica - ALMADA
- 23 – Hospital de Faro - Centro Hospitalar do Algarve, EPE - FARO

ANEXO III

ESCALA LONDON CHEST ACTIVITY OF DAILY LIVING (LCADL)

Escala *London Chest Activity of Daily Living* (LCADL)

Instruções de preenchimento:

Por favor, leia o questionário cuidadosamente e **escreva o número** correspondente à frase que melhor expressa a sua atitude face às várias actividades a seguir descritas. Este questionário é feito para descobrir se há actividades que já não pode fazer por causa da sua falta de ar, e quão sem ar fica ao fazer as coisas que ainda pode fazer.

0 – Eu não faria de forma alguma (Se não faz a actividade porque ela não lhe é importante, ou nunca fez essa actividade)

1 – Eu não fico com falta de ar (Se a actividade é fácil para si)

2 – Eu fico moderadamente com falta de ar (Se a actividade lhe causa um pouco de falta de ar)

3 – Eu fico com muita falta de ar (Se a actividade lhe causa muita falta de ar)

4 – Eu não posso mais fazer isso (Se deixou de fazer a actividade por causa da sua falta de ar e não tem mais ninguém para a fazer por si)

5 – Eu preciso que outra pessoa faça isso (se alguém faz isso por si ou a ajuda porque sente muita falta de ar, por exemplo: alguém faz as compras por si)

Por favor, diga-nos o quanto de falta de ar tem sentido estes últimos dias enquanto faz as seguintes actividades:

Cuidado Pessoal		Cuidado doméstico	
Enxugar-se	<input type="checkbox"/>	Fazer a cama	<input type="checkbox"/>
Vestir a parte superior do tronco	<input type="checkbox"/>	Mudar o lençol da cama	<input type="checkbox"/>
Calçar sapatos/meias	<input type="checkbox"/>	Lavar janelas/cortinas	<input type="checkbox"/>
Lavar a cabeça	<input type="checkbox"/>	Limpeza/limpar o pó	<input type="checkbox"/>
		Lavar a louça	<input type="checkbox"/>
		Utilizar o aspirador/varrer	<input type="checkbox"/>
Lazer		Actividade física	
Andar em casa	<input type="checkbox"/>	Subir escadas	<input type="checkbox"/>
Sair socialmente	<input type="checkbox"/>	Inclinar-se	<input type="checkbox"/>
Falar	<input type="checkbox"/>		